PROJETO DE INTERVENÇÃO EM REDE (PIR) 2009- 2012

# MANUAL SARAR

*Sinalizar, Apoiar, Registar, Avaliar, Referenciar*

Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos

COORDENAÇÃO

João Redondo
Inês Pimentel
Ana Correia



Coimbra, 2012

# MANUAL SARAR

**S**INALIZAR, **A**POIAR, **R**EGISTAR, **A**VALIAR, **R**EFERENCIAR

Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos

O conteúdo desta obra pode ser reproduzido em parte ou no seu todo se for mencionada a fonte.
Escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

**Título:** MANUAL SARAR - SINALIZAR, APOIAR, REGISTAR, AVALIAR, REFERENCIAR: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos
**Coordenação:** João Redondo, Inês Pimentel, Ana Correia
**Capa:** Tânia Rodrigues

Serviço de Violência Familiar - Hospital Sobral Cid
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
Apartado 1
3031-801 Ceira
Telefone: 239 796 400 - Fax: 239 796 499

Tiragem: 500 exemplares
Impressão: *Tipografia Damasceno*

Projeto cofinanciado pelo Fundo Social Europeu no âmbito do Programa Operacional Potencial Humano (nº015443/2008/77)

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM REDE (PIR 2009-2012)** ..... 13

**APRESENTAÇÃO DO SARAR** ..... 17

**NOTAS SOBRE OS AUTORES** ..... 23

**AGRADECIMENTOS** ..... 29

**PARTE I**

**VIOLÊNCIA FAMILIAR/ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS: DA LEITURA E COMPREENSÃO À INTERVENÇÃO** ..... 31

**1. DO CONCEITO À ABORDAGEM ECOLÓGICA DA(S) VIOLÊNCIA(S)** ..... 33

**1.1. O conceito de violência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)** ..... 33
1.1.1. Intencionalidade ..... 34
1.1.2. Poder ..... 36
1.1.3. Alvos ..... 37
1.1.4. A Natureza da Violência ..... 39
1.1.5. Impacto da Violência na saúde e na qualidade de vida ..... 43
**1.2. Violência Familiar/entre Parceiros Íntimos e Violência Doméstica: resenha histórica em torno dos conceitos** ..... 43
**1.3. O crime de Violência Doméstica na Lei Portuguesa** ..... 47
**1.4. Violência Familiar/entre Parceiros Íntimos: a importância de um conceito de "largo espetro"** ..... 50
**1.5. Especificidades da(s) Violência(s)** ..... 52
1.5.1. Violência entre parceiros íntimos heterossexuais ..... 52
1.5.2. Violência entre parceiros íntimos e maus-tratos a crianças ..... 56
1.5.3. Violência entre parceiros íntimos homossexuais ..... 58
1.5.4. Violência no namoro ..... 62
1.5.5. Maus tratos à pessoa idosa ..... 64
1.5.6. A violência no contexto da deficiência ..... 69
1.5.7. Mutilação genital feminina ..... 82
**1.6. Os custos económicos e sociais da violência** ..... 86
**1.7. O Modelo Ecológico e suas implicações para a intervenção** ..... 89

**2. VIOLÊNCIA FAMILIAR / ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS: UMA PERSPETIVA MULTIDISCIPLINAR, MULTISSETORIAL E EM REDE NA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS** ..... 94

**2.1. Violência e trabalho em rede: nota introdutória** ..... 94

**2.2. O conceito de crise** ..... 95
**2.3. O papel das redes sociais de suporte na crise** ..... 101
**2.4. Intervenção em rede: da linearidade à circularidade** ..... 111
**2.5. Violência familiar e trabalho em rede: a experiência da região de Coimbra** ..... 117
2.5.1. "Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção" ..... 118
2.5.2. O Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra ..... 123
2.5.2.1. Programa de Intervenção com Vítimas ..... 126
2.5.2.2. Programa de Intervenção com Agressores ..... 127
2.5.3. Violência familiar/entre parceiros íntimos no Serviço de Urgência do Hospital Geral: a experiência do SU do CHUC ..... 134
2.5.4. Violência Familiar/entre parceiros íntimos nos Cuidados de Saúde Primários: a experiência do Projeto de Intervenção em Rede ..... 143
2.5.5. Grupo Violência e Escola: um projeto para o concelho de Coimbra ..... 146
2.5.6. Fórum Empresas contra a Violência Doméstica ..... 148
2.5.7. O teatro com estratégia de prevenção: *Peça de teatro "Estilhaços"* ..... 149
**3. *Referências bibliográficas*** ..... 151

**PARTE II**

**MANUAL DE DIAGNÓSTICO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: SARAR** ..... 161

**1. SARAR: SINALIZAR** ..... 163

**1.1. Sinalização/*Screening* das Vítimas e Agressores** ..... 166
1.1.1. *Screening* das vítimas na ausência de lesões traumáticas ..... 172
1.1.2. S*creening* das vítimas na presença de lesões traumáticas ..... 178
1.1.3. Proposta de *screening* para potenciais agressores ..... 179
**1.2. *Referências bibliográficas*** ..... 185

**2. SARAR: APOIAR** ..... 189

**2.1. Atitudes a adotar relativamente à vítima, perante a confirmação de uma situação de violência** ..... 189
2.1.1. Ao longo da entrevista ..... 189
2.1.2. Na construção de um plano de segurança ..... 194
**2.2. Atitudes a adotar relativamente à potencial vítima perante a não confirmação de violência no presente** ..... 200
**2.3. *Referências bibliográficas*** ..... 202

**3. SARAR: REGISTAR** ..... 203

**3.1. O registo da situação de violência que motivou a vinda ao serviço de saúde** ..... 203
**3.2. Cuidados a ter na preservação da prova** ..... 212
**3.3. O registo da natureza e tipologia da violência, no último ano (baseado no CTS e no IVC)** ..... 214
**3.4. *Referências bibliográficas*** ..... 225

**4. SARAR: AVALIAR** ..... 227

**4.1. Avaliar: Uma perspetiva "multidimensional" e ecológica** ..... 227
4.1.1. Nível individual ..... 228
4.1.2. Nível relacional ..... 229
4.1.3. Nível comunitário ..... 230
4.1.4. Nível sociocultural ..... 231
**4.2. História Clínica - Indicadores de violência familiar/entre parceiros íntimos** ..... 234
**4.3. Classificações em Saúde. O registo "multienfocado"** ..... 241
**4.4. Sugestões relativas a Instrumentos de Avaliação no contexto da Psiquiatria e Saúde Mental** ..... 244
**4.5. O Genograma Familiar** ..... 254
4.5.1. A construção do Genograma ..... 256
4.5.2. O Genograma, instrumento de leitura, compreensão e intervenção no contexto da violência familiar/entre parceiros íntimos ..... 267
4.5.3. Exemplo de aplicação ..... 271
**4.6. O mapa de rede: instrumento de avaliação da rede social pessoal** 275
4.6.1. A configuração do mapa de rede e a descrição dos elementos que o constituem ..... 278
4.6.2.Regras para a sua elaboração ..... 282
4.6.3. Variáveis que podem ser avaliadas através do mapa de rede ..... 286
4.6.4. Considerações sobre a análise da informação recolhida ..... 290
4.6.5. Exemplo de aplicação ..... 295
**4.7. Avaliação do risco associado à violência entre parceiros íntimos** . 298
4.7.1. Risco de Homicídio da vítima ..... 307
4.7.1.1. Características do agressor ..... 307
4.7.1.2. Características da vítima ..... 315
4.7.1.3. Relacionamento vítima-agressor ..... 317
4.7.1.3.1. *Stalking* ..... 323
4.7.1.3.2. Ciúme ..... 336
4.7.1.4. Características da comunidade ..... 351
4.7.2. Risco do homicídio da vítima e suicídio do agressor ..... 354
4.7.3. Risco de suicídio da vítima ..... 365

4.7.4. Instrumentos de avaliação do Risco/Perigo ..... 384
**4.8. *Referências bibliográficas*** ..... 389

**5. SARAR: REFERENCIAR** ..... 405

**5.1. Do "silo" à intervenção em rede** ..... 405
**5.2. Violência entre parceiros íntimos, profissionais de saúde e relação terapêutica** ..... 407
**5.3. Elaboração diagnóstica, multidisciplinaridade, multissetorialidade e cuidados compreensivos e integrados** ..... 415
**5.4. Da sinalização à intervenção na fase aguda da situação de crise** ..... 416
**5.5. Intervenção após a fase aguda da crise** ..... 426
**5.6. A importância da formação dos profissionais de saúde na mobilização/capacitação para implementar o *screening* e intervir em rede** ..... 427
**5.7. *Referências bibliográficas*** ..... 429

**PARTE III**

**OUTRAS VIOLÊNCIAS ASSOCIADAS AO CONTEXTO FAMILIAR. DO CONCEITO À INTERVENÇÃO** ..... 431

**1. ABUSO E NEGLIGÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES** ..... 433

**1.1. Definição de maltrato infantil** ..... 434
**1.2. Breve resenha histórica** ..... 435
**1.3. Tipologias do Maltrato Infantil** ..... 438
1.3.1. Abuso físico ..... 439
1.3.2. Síndrome do bebé abanado ..... 439
1.3.3. Abuso fatal ..... 440
1.3.4. Síndrome de Munchausen por Procuração ..... 441
1.3.5. Abuso sexual ..... 442
1.3.6. Exposição à violência interparental ..... 443
1.3.7. Exploração do trabalho infantil ..... 443
1.3.8. Abuso psicológico ..... 445
1.3.9. Negligência e Abandono ..... 445
**1.4. Causas do maltrato infantil: Abordagem Ecológica** ..... 446
1.4.1. Macrossistema ..... 448
1.4.2. Exossistema ..... 448
1.4.3. Microssistema ..... 449
**1.5. Consequências do Maltrato Infantil** ..... 454
1.5.1. Área orgânica/física ..... 454

1.5.2. Área Cognitiva ..... 455
1.5.3. Área Social e Psicológica ..... 455
**1.6. A prevenção do maltrato infantil** ..... 457
1.6.1. Prevenção Primária ..... 458
1.6.2. Prevenção Secundária ..... 458
**1.7. A intervenção no maltrato infantil** ..... 459
**1.8. A sinalização do maltrato infatil** ..... 460
**1.9.** ***Referências bibliográficas*** ..... 462

**2. PROCEDIMENTOS DE DESPISTE DO ABUSO E NEGLIGÊNCIA A PESSOAS IDOSAS: ALGUMAS REFLEXÕES** ..... 475

**2.1. Enquadramento** ..... 475
**2.2. Relações de ajuda em saúde: a importância do atendimento centrado no paciente/utente** ..... 478
**2.3. Ação multidisciplinar do abuso e da negligência: avaliação** ..... 486
**2.4.** ***Referências Bibliográficas*** ..... 507

# Projeto de Intervenção em Rede (PIR 2009-2012)

O PROJETO DE INTERVENÇÃO EM REDE — dirigido à problemática da violência familiar/entre parceiros íntimos — resulta de uma parceria inicial da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), com a Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC) e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC), que atualmente integra o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Trata-se de um projeto pioneiro — cofinanciado pelo POPH, Tipologia 7.7, Projetos de Intervenção no Combate à Violência de Género — com uma duração de 36 meses (1 de maio de 2009 a 30 de abril de 2012).

A responsabilidade técnico-científica do PIR é assumida pelo Dr. João Redondo, médico psiquiatra, coordenador do Serviço de Violência Familiar (SVF) do Hospital Sobral Cid – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, serviço em cujo espaço físico também funciona o secretariado do projeto e decorrem as atividades associadas à organização e coordenação do PIR. Para a sua implementação foram contratados quatro profissionais (três psicólogos que integram a equipa técnica e uma licenciada em jornalismo, que assegura o acompanhamento técnico-pedagógico do projeto).

Desde a candidatura à sua implementação, o PIR tem contado com a

colaboração e o apoio do Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção[1].

As iniciativas a desenvolver no âmbito do PIR estão enquadradas em três eixos de ação: Informar/ Formar, Investigar e Intervir.

No âmbito do Informar/ Formar irão ser publicadas:

a) Uma Brochura, onde se divulgam os projetos em rede em implementação na zona Centro, com "porta de entrada" nos Serviços de Saúde e dirigidos à problemática da "violência doméstica";
b) Um livro sobre a história do trabalho em rede na região de Coimbra, a partir da experiência do "Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção" e do Serviço de Violência Familiar.

Visando a avaliação do trabalho em rede desenvolveu-se ao nível do Investigar um "instrumento" para este efeito.

As vária redes em implementação, na região centro, e criadas a partir um conjunto de ações de sensibilização, formação e supervisão, no contexto do PIR visam assegurar a acessibilidade e proximidade

[1] Administração Regional de Saúde do Centro; Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social do Distrito de Coimbra; Centro Hospitalar de Coimbra (*Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Pediátrico*. *Serviço de Urgência do Hospital Geral);* Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra; Delegação de Coimbra do Instituto de Medicina Legal; Departamento de Investigação e Acção Penal – Coimbra; Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Fundação Bissaya Barreto; Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra – APAV; Guarda Nacional Republicana de Coimbra; Instituto Nacional de Emergência Médica; Polícia de Segurança Pública de Coimbra.

necesssárias para uma resposta mais rápida, eficaz e eficiente à problemática da violência familiar/entre parceiros íntimos.

O "SARAR", dirigido preferencialmente aos profissionais do setor da Saúde, representa um conjunto de propostas para a construção de um manual, relativamente à problemática da violência familiar/ entre parceiros íntimos. Pretende, na prática, ajudar os profissionais da Saúde a criarem o seu "guião", visando no dia a dia Sinalizar, Apoiar, Registar, Avaliar e Referenciar os atores sociais, envolvidos em situações de violência familiar/ entre parceiros íntimos, que a eles recorram.

Tendo em vista a organização de cuidados mais ajustados às reais necessidades de quem sofre, pretende-se também com o SARAR criar condições para num futuro próximo podermos vir a estimular e potenciar a investigação nesta área, privilegiando também uma visão de rede.

Coimbra, Abril 2012

*João Redondo*

Psiquiatra
Responsável Técnico-Científico do PIR

# Apresentação do SARAR

Afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS)[2] que o setor da saúde tem potencial para adotar um papel pró-ativo na prevenção da VIOLÊNCIA, preferencialmente em cooperação com outros setores, sublinhando também que, "agora chegou a hora de uma ação mais decisiva e coordenada (…) Qualquer coisa a menos do que isso será uma falha do setor de saúde". (Krug et al., 2002, p. 246).

Estamos perante um PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA onde, como também refere a OMS (Krug et al., 2002), o setor da saúde tem potencial para adotar um papel pró-ativo na PREVENÇÃO (primária, secundária e terciária). Tal objetivo implica necessariamente um conhecimento aprofundado do fenómeno e das suas interligações com a saúde dos indivíduos e das populações, a par com a capacitação dos profissionais (incluindo os da saúde) para responder de modo eficaz e eficiente aos desafios que a "violência" nos coloca.

O termo S.A.R.A.R. vem do latim *sanare*, que significa "curar (…) recuperar a saúde" e foi o título que escolhemos para esta proposta de manual dirigida aos profissionais de saúde, uma vez que o fim último da nossa intervenção é ajudar vítimas e agressores a recuperar a esperança, a saúde e o bem-estar num mundo que se pretende sem

[2] Krug, E. G., Dahlberg, L. L, Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

violência. SARAR representa também a sigla de um conjunto de estratégias, distribuídas por cinco áreas, que nos parecem fundamentais na intervenção face à violência familiar/entre parceiros íntimos: Sinalizar, Apoiar, Registar, Avaliar, Referenciar. É em torno destas palavras que se poderia sintetizar o papel dos profissionais de saúde face à violência.

Este manual tem como objetivos gerais:

- Sensibilizar os profissionais para a magnitude e impacto da violência ao nível da saúde e da qualidade de vida de quem a sofre;
- Ajudar a refletir sobre a *praxis* dos profissionais de saúde;
- Potenciar a aplicação de um conjunto de "novas" atitudes e estratégias (multidisciplinares, multissetoriais, em rede) ao nível da leitura, compreensão e intervenção na área da violência familiar/entre parceiros íntimos.

Relativamente aos seus objetivos específicos, pretende o SARAR:

- Sublinhar a relevância de colocar questões sobre a violência familiar/entre parceiros íntimos, aquando da elaboração da história clínica (e na 1ª consulta do ano);
- Reforçar a importância dos Serviços de Saúde enquanto espaço privilegiado:
    - para a sinalização precoce das situações de violência;
    - enquanto "porta de entrada" na rede (multidisciplinar e multissetorial) de serviços de cada região;

    - para “quebrar” o ciclo e prevenir o risco/ perigo associado à violência;
- Contribuir para um registo mais preciso da informação e para uma avaliação mais estruturada no caso-a-caso, da situação e dos atores sociais envolvidos;
- Ajudar a potenciar as competências dos profissionais de saúde ao nível da “leitura” e compreensão das situações de violência e dos seus respetivos “atores”;
- Potenciar laços com vítimas e agressores, visando garantir a emergência de espaços de não violência;
- Reforçar a importância do trabalho em rede, da proximidade, da personalização, da acessibilidade e da continuidade dos cuidados como estratégias capazes de anular a intervenção em silo”, a “empurroterapia” e a burocratização dos cuidados.
- Contribuir para a criação de condições para uma investigação-ação mais efetiva nesta área.

Nesta fase, o SARAR privilegiou como população alvo, mulheres e homens com idades entre os 18A e os 64A, que recorrem aos Serviços de Saúde[3]. Relativamente a esta opção importa registar que, segundo a OMS (Krug et al., 2002, p. 89), “apesar das mulheres poderem ser violentas nos seus relacionamentos com os homens e (…) também encontrarmos violência em relacionamentos com parceiros do mesmo sexo, a grande carga da violência de género [masculino/feminino]

[3] Acresce que existe já um “Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção” (Fevereiro 2011), iniciativa da Direcção Geral da Saúde, dirigido às Crianças e Jovens em Risco.

recai sobre as mulheres nas mãos dos homens". No mesmo sentido, sublinha o III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010), que "apesar da Violência Doméstica atingir igualmente as crianças, os idosos, pessoas dependentes e pessoas com deficiência, a realidade comprova que as mulheres continuam a ser o grupo onde se verifica a maior parte das situações de violência doméstica". Tendo em conta o impacto da violência ao longo do ciclo vital das famílias apresentamos na terceira parte deste manual dois capítulos: um sobre a violência contra crianças e jovens e outro sobre a violência contra os idosos.

De registar que muita da informação contida neste manual poderá também ser útil relativamente à abordagem de casais LGB (lésbicas, gays e bissexuais) que enfrentam violência nos contextos de intimidade. Importa que os profissionais de saúde estejam preparados para reconhecer estas situações, não perdendo de vista as suas especificidades.

Relativamente à organização da informação, o manual encontra-se dividido em três partes:

- Parte I, revisão da literatura acerca dos conceitos usados e modelos teóricos adotados na compreensão e intervenção da saúde na violência familiar/entre parceiros íntimos (uma visão ecológica e em rede);
- Parte II, apresenta-se o guião SARAR, onde cada subcapítulo diz respeito a uma das letras da sigla em causa (Sinalizar, Apoiar, Registar, Avaliar e Referenciar); e

- Parte III, sintetiza alguns aspetos considerados fundamentais na área da violência contra os menores e contra os idosos.

Pretendemos com esta estrutura ser ecléticos e inclusivos, em função dos diversos tipos de necessidades, contextos de trabalho e objetivos que os profissionais de saúde possam ter na leitura deste manual. Neste sentido procurámos, dentro do possível, que o SARAR seja teórico, clínico, prático e um ponto de partida para a investigação nesta área.

Nesta versão inicial, o SARAR constitui uma proposta "em aberto", onde se concretiza e procura refletir algum do conhecimento e experiência adquiridos ao longo da última década, abrangendo o Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção, o Serviço de Violência Familiar – Unidade Sobral Cid – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o Grupo Violência e Escola e nos últimos 3 anos, o Projeto de Intervenção em Rede.

O manual que aqui vos apresentamos representa uma primeira versão aberta a ser revista e aumentada, em função da sua utilidade, junto dos serviços de saúde. Nesta matriz, o SARAR pretende ser um meio de facilitar a discussão da temática da violência familiar/ entre parceiros íntimos e de estratégias para lhe fazer face, numa perspetiva multidisciplinar, multissetorial, em rede.

Fica assim lançado o repto a tod@s os que sobre ele se debruçarem, a fazer parte dele, ajudando-nos também a melhorá-lo e a construir uma

resposta em rede mais eficaz e eficiente do setor da saúde ao problema da violência.

Coimbra, Abril 2012

A Coordenação do SARAR

*João Redondo*

*Inês Pimentel, Ana Correia*

# Notas sobre os autores

RESPONSÁVEL TÉCNICO CIENTÍFICO DO PIR

**JOÃO REDONDO** – Médico Psiquiatra. Responsável Técnico do Projeto de Intervenção em Rede (PIR 2009-2012). Fundador e Coordenador do Serviço de Violência Familiar (SVF) do Hospital Sobral Cid - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHPC). Supervisor da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar. Diretor de Psicodrama Moreniano. Membro cofundador do Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção[4]; Membro cofundador do Grupo Violência e Escola: Um projeto para o Concelho de Coimbra[5].

EQUIPA DO PIR

**INÊS PIMENTEL** – Psicóloga Clínica, licenciada pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; a desenvolver investigação com vista à obtenção do grau de doutora na área da violência entre parceiros íntimos e respostas institucionais. Terapeuta Familiar e Interventora Sistémica, pós graduada pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, e ego auxiliar de Psicodrama. É formadora certificada na área da desigualdade de género e da violência familiar e supervisora de estágios de Psicologia Clínica, no Instituto Superior Miguel Torga. Trabalha desde setembro

[4] http://www.violencia.online.pt/
[5] http://grupoviolenciaeescola.blogspot.com

de 2004 no Serviço de Violência Familiar, onde tem adquirido experiência na intervenção individual, de casal, familiar e grupal com vítimas, agressores, suas famílias e redes de suporte.

**ANA CORREIA** – Mestre em Psicologia Clínica, subespecialização em Psicologia Forense, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, tendo realizado a sua dissertação de mestrado na área da violência conjugal. Integra o Projeto de Intervenção em Rede desde o seu início, em maio de 2009, na área da investigação, e colabora nas atividades do Serviço de Violência Familiar, desde outubro de 2011.

**HENRIQUE VICENTE** – Psicólogo, Doutor em Ciências da Saúde, com atividade científica desenvolvida no campo da Psicologia da Família, Psicologia Clínica e Psicopatologia, Educação para a Cidadania e Intervenção em Violência Doméstica e Familiar. Atualmente, exerce funções de docência no Instituto Superior Miguel Torga em Coimbra e coordena a equipa responsável pela disciplina Cidadania e Desenvolvimento Social integrada no projeto de Reestruturação Curricular do Ensino Secundário Geral em Timor-Leste, fruto de um acordo de cooperação entre a Fundação Calouste Gulbenkian e a Universidade de Aveiro. Colabora com o Serviço de Violência Familiar desde 2005.

## COLABORAÇÕES

PARTE II, CAPÍTULO 3, PONTOS 3.1 EM "REGISTO DAS LESÕES TRAUMÁTICAS DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA QUE MOTIVOU A VINDA AO SERVIÇO DE SAÚDE" E 3.2 "CUIDADOS A TER NA PRESERVAÇÃO DA PROVA". Texto elaborado por:

**ROSÁRIO LEMOS** (Drª.) – Especialista em Medicina Legal. Assistente de Medicina Legal com o grau de Consultor do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. Membro do Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção.

PARTE III, CAPÍTULO 1 "ABUSO E NEGLIGÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES". Texto elaborado por:

**ISABEL MARQUES ALBERTO** – Doutoramento em Psicologia, professora auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, terapeuta familiar, membro da SPTF (Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar), da SPECAN (Sociedade Portuguesa para o Estudo da Criança Vítima de Abuso e Negligência) e ISPCAN (International Society for Children Abuse & Neglect) de estágios em Serviço Social, em colaboração com várias universidades.

**ANABELA FAZENDEIRO** – Psicóloga Clínica no Hospital Pediátrico (HP) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC).

Assistente Principal de Saúde, com Especialidade em Psicologia Clínica. Elemento do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) do HP. Terapeuta Familiar. Membro do Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção. Orientadora de Estágios Curriculares e de Especialidade em Psicologia Clínica. Formadora na área da Psicologia. Associada da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, da Sociedade Portuguesa de Suicidiologia e da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva.

**BEATRIZ PENA** – Pedopsiquiatra, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Coimbra. Membro do Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção.

**CONCEIÇÃO MATIAS** – Técnica superior assessora (Serviço Social) no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Doutorada em Psicologia pelas Universidades de Extremadura-Badajoz e de Évora. Terapeuta Familiar. Membro da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar. Orientadora.

PARTE III, CAPÍTULO 2 "PROCEDIMENTOS DE DESPISTE DO ABUSO E NEGLIGÊNCIA A PESSOAS IDOSAS: ALGUMAS REFLEXÕES". Texto elaborado por:

**FERREIRA-ALVES** – José Ferreira-Alves, Psicólogo, Professor auxiliar e membro do laboratório de cognição humana da Escola de Psicologia

da Universidade do Minho; Membro Fundador do Grupo de estudos e avaliação de pessoas idosas vítimas de maus-tratos (GEAVI). Membro fundador da European Society for Research in Adult Development.

**MARGARIDA PEDROSO DE LIMA –** Psicóloga, Professora Associada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade Coimbra. Frepresentante nacional da International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), Membro do grupo de estudos e avaliação de pessoas idosas vítimas de maus tratos (GEAVI).

**ODETE BOGALHO –** Enfermeira nos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Membro do grupo de estudos e avaliação de pessoas idosas vítimas de maus tratos (GEAVI).

# Agradecimentos

Ao concluir este trabalho, queremos expressar o nosso sincero agradecimento às pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização:

Aos profissionais dos Conselhos de Administração (CA), da Administração Regional do Saúde do Centro, IP, do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), EPE e à Senhora Presidente da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), parceira do PIR à data de início.

Aos profissionais das três entidades acima referidas, com envolvimento direto na prossecução do PIR.

Aos profissionais do CA do ex-Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, que até dezembro de 2011 (altura em que passou a integrar o CHUC) era parceiro do PIR.

Aos profissionais do Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção, à Equipa do Serviço de Violência Familiar e a tod@s[6] os que no dia a dia nos ajudam a construir a nossa rede, e que desde o primeiro momento se propuseram ler, reler, anotar... este manual para podermos cumprir com os prazos definidos.

[6] Ao longo deste manual optámos por adotar o @ para nos referirmos, de modo inclusivo, ao género masculino e feminino.

A tod@s @s formand@s do PIR, pelo modo como sempre qualificaram esta iniciativa, e pelos projetos (na área da violência familiar/ entre parceiros íntimos) que também já estão a implementar na sua região e/ou local de trabalho.

Por uma sociedade sem violência.

Coimbra, Abril 2012

P´lo grupo de trabalho do PIR

João Redondo

O responsável Técnico-Científico do PIR

*Parte I*

# Violência familiar/entre Parceiros Íntimos: da leitura e compreensão à intervenção

# 1. Do conceito à abordagem ecológica da(s) violência(s)

## 1.1. O conceito de violência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)

Na sequência das recomendações da 49ª Assembleia Mundial da Saúde (Forty-Ninth World Health Assembly, 1996), que assinalava a violência como um problema de saúde pública prioritário que urgia ser prevenido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou o "Relatório Mundial sobre Violência e Saúde"[7] (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). Neste documento, a OMS define a violência como o "uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações do desenvolvimento ou privação" (Krug et al., 2002, p. 5). Esta definição inclui todos os atos de violência, quer sejam privados ou públicos; reativos (em resposta a acontecimentos prévios, como a provocação) ou pró-ativos (instrumentais, com vista a um determinado fim; ou antecipando ganhos pessoais); e criminalizados ou não. Subjacente a esta definição de violência, encontramos cinco aspetos fundamentais, que passaremos a desenvolver de seguida:

[7] A versão em inglês foi a adotada como referência bibliográfica.

- Intencionalidade
- Poder
- Alvos
- Natureza
- Impacto

De notar que todos estes aspetos são fundamentais para a compreensão da complexidade da violência e para a elaboração de programas com vista à sua prevenção.

### 1.1.1. INTENCIONALIDADE

A definição proposta pela OMS exclui os incidentes não intencionais. Com efeito, a violência implica sempre intencionalidade, contrariamente à prática de atos não intencionais, como por exemplo, os acidentes de viação ou os danos que possam surgir decorrentes de acidentes domésticos[8]. Importa também sublinhar que o uso intencional da força ou do poder não traduz necessariamente a intenção de provocar danos; aliás, a maior parte das vezes essa intenção não existe. Alarcão (2000) refere que "a violência constitui sempre uma forma de exercício de poder, mediante o uso da força (física, psicológica, económica, política), pelo que define,

[8] As questões da negligência em contexto doméstico devem ser ponderadas num enquadramento específico, uma vez que a ausência de cuidado ou o abandono poderá significar aspetos diferentes consoante a cultura, o nível socioeconómico da família, o seu grau de conhecimento e de compreensão sobre os cuidados básicos a prestar às crianças, etc. Nos casos de negligência poderemos estar perante agressões por omissão, passivas, voluntárias ou não, intencionais ou não (Magalhães, 2010).

inevitavelmente, papéis complementares: assim, surge o vitimador e a vítima. O recurso à força constitui-se como um método possível de resolução de conflitos interpessoais, procurando o vitimador que a vítima faça o que ele pretende, que concorde com ele ou, pura e simplesmente, que se anule e lhe reforce a sua posição/identidade. No entanto, e contrariamente ao comportamento agressivo, o comportamento violento não tem a intenção de fazer mal à outra pessoa, ainda que habitualmente isso aconteça. O objetivo final do comportamento violento é submeter o outro mediante o uso da força" (p. 296). A intenção subjacente a todas as formas de violência direta é, então, a de humilhar, de controlar, de atemorizar, em suma: a de exercer poder ("mostrar quem manda") sobre o outro.

O facto da violência se caracterizar pela intenção de exercer controlo e poder sobre o outro distingue-a, também, do comportamento agressivo ou da agressividade, que visa a sobrevivência e a defesa, e não o domínio sobre o outro; distingue-a também do conflito, uma vez que neste está presente uma "igualdade entre as partes", de tal forma que é possível a negociação e outras formas de resolução que não a violência. Quando esta acontece por escalada do conflito, este cessa, porque uma das partes usou da força para "calar" ou "dominar" a outra.

Em 1964, Walters e Parke (cit. Krug et al., 2002) relembravam que, pelo facto da violência ser um fenómeno cultural, alguns indivíduos cometem atos violentos com base nas suas crenças culturais, não os significando nem reconhecendo como atos de violência, nem como

intencionais. Nos anos 80, a investigação chamou a atenção para o facto da violência doméstica ser uma função da sociedade patriarcal, que inclui a tradicional estrutura familiar (com a tradicional divisão de papéis de género), e não um conflito normativo dentro das relações familiares (Espinosa, 2004). No início deste século, a OMS (Krug et al., 2002) assume, face a esta questão, a posição de que, mesmo que o ato violento não seja assumido pelo agressor enquanto tal, ele deve ser reconhecido pela sociedade enquanto violência e, então, não deve ser aceite enquanto prática cultural.

### 1.1.2. PODER

A OMS (Krug et al., 2002), ao usar, na definição de violência, a palavra "poder" e a expressão "uso de poder", amplia a natureza do ato violento, incluindo, além dos atos violentos mais óbvios, os que resultam de uma relação de poder, tais como, as ameaças e a intimidação, e a negligência ou os atos de omissão. Com efeito, a violência — conversão de uma assimetria, de uma diferença, numa relação de desigualdade e de opressão — pressupõe em si mesma, independentemente dos danos que provoca, uma relação hierárquica entre a vítima e o agressor, estando este último numa posição de dominância e de superioridade, pelo uso da força física ou de outras estratégias que lhe permitem manter esse poder abusivo[9].

[9] Como o uso do poder numa relação violenta é abusivo, o exercício de violência denomina-se também de "relação de abuso" (Corsi, 1995).

### 1.1.3. ALVOS

A definição de violência, proposta pela OMS (Krug et al., 2002), dá-nos uma estrutura útil para a compreensão da complexa tipologia da violência em todo o mundo, na vida quotidiana dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Esta organização classifica a violência (ver Figura 1), relativamente à sua tipologia, em autoinfligida, interpessoal e coletiva.

**Figura 1. Tipologia da violência**
(Adaptado de Krug et al., 2002, p. 7)

A **violência autoinfligida** inclui o comportamento suicida (pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídio) e a autoagressão (automutilação).

A **violência interpessoal** inclui duas subcategorias: a violência familiar/entre parceiros íntimos e a violência na comunidade. A

**violência familiar/entre parceiros íntimos**[10] ocorre principalmente entre os membros da família ou entre parceiros íntimos, e usualmente dentro de casa, incluindo os maus-tratos a menores, a violência entre parceiros íntimos e os maus-tratos a idosos. De acordo com a definição da OMS (Krug et al., 2002), a violência doméstica contra os homens, bem como a violência entre casais homossexuais, a violência no namoro, ou sobre os idosos, incluem-se naquela que é denominada "violência familiar/entre parceiros íntimos". A **violência na comunidade** ocorre entre pessoas que não têm parentesco, podendo conhecer-se ou não, acontece normalmente fora de casa. Inclui a violência entre os jovens, o estupro ou a agressão sexual, por desconhecidos, e a violência em estabelecimentos como escolas, locais de trabalho, prisões e lares de 3ª idade.

Relativamente à **violência coletiva,** as subcategorias associadas (social, política e económica) sugerem as possíveis motivações para a violência cometida por grandes grupos de indivíduos ou por países.

A classificação acima referida procura captar o cenário subjacente à ação, a relação entre agressor e vítima e, no caso da violência coletiva, as possíveis motivações para a violência. É preciso ter em conta que,

[10] Segundo a OMS (Krug et al., 2002), "uma das formas mais comuns de violência contra as mulheres é a praticada por um marido ou um parceiro íntimo (…) apesar das mulheres poderem ser violentas nos seus relacionamentos com os homens e, às vezes, também encontrarmos violência em relacionamentos com parceiros do mesmo sexo, a grande carga da violência de género (masculino/feminino) recai sobre as mulheres às mãos dos homens" (p. 89). A situação em relação aos homens é radicalmente diferente, segundo a mesma organização "geralmente o mais provável é que eles sejam atacados por um estranho ou (…) conhecido do que por alguém que faça parte do seu círculo íntimo" (p. 89).

na prática, as fronteiras entre os diferentes tipos/natureza da violência nem sempre são claras, dado que, na maior parte das vezes, elas coexistem numa mesma situação[11]. Pensamos que esta terminologia, e as subcategorias associadas, pela sua abrangência, contribuem para uma melhor perceção da complexidade do problema e, entre outros aspetos, permitem à investigação uma caracterização mais precisa da população em estudo.

### 1.1.4. A NATUREZA DA VIOLÊNCIA

A violência pode expressar-se através de vários tipos de comportamentos, diretos ou indiretos, por ações ou omissões, categorizados, academicamente[12], na natureza da violência, sob os tipos: físico, psicológico, sexual e privação/negligência[13] (Krug et al., 2002). Estas diferentes expressões ou manifestações da violência traduzem o sofrimento associado a cada situação e o seu impacto nas várias dimensões da saúde do indivíduo: saúde física, mental e social. De acordo com esta categorização, teremos de admitir que a violência poderá concretizar-se de forma visível, através de atos ou omissões, com consequências diretas na integridade física dos indivíduos, ou de forma invisível, através de atos ou omissões, com consequências diretas ou indiretas no bem-estar geral dos indivíduos e na sua

[11] Não esquecer que a violência é uma só, ainda que as especificidades inerentes a cada contexto nos levem a olhá-la de forma fragmentada.

[12] Academicamente, do ponto de vista fenomenológico, o sofrimento é indivisível. Os maus-tratos físicos incluem necessariamente maus-tratos psicológicos e os maus-tratos psicológicos pressupõem consequências físicas (Linares, 2002).

[13] Poderíamos acrescentar a violência económica e simbólica.

capacidade de um desenvolvimento pleno. Colocando o enfoque ao nível da violência interpessoal:

• A **violência física –** engloba atos como, por exemplo: empurrar, pontapear, esbofetear, atirar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo acabar com a tentativa ou mesmo o homicídio da vítima.

• A **violência psicológica –** inclui insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e os amigos, revistar objetos pessoais (agenda, telemóvel, computador,…), privar de documentação pessoal, negar o acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros. Muito embora a violência psicológica seja mais difícil de ser operacionalizada, ela é geralmente descrita como o conjunto de atos verbais ou não verbais que causam dano simbólico ou em que haja a intenção de causar danos no outro. Muitas investigações têm demonstrado que a violência física e sexual são frequentemente precedidas (e acompanhadas) de violência psicológica. Este tipo de vitimação apresenta taxas muito elevadas e alguns estudos documentam que o abuso psicológico é aquele que causa dano mais significativo e durável.

• A **violência sexual** – passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação marital, que muitas vezes não é entendida pelas vítimas enquanto tal.

Alguns estudos indicam que uma elevada percentagem de mulheres que sofrem violência física também sofrem violência sexual[14].

Em geral, no mesmo relacionamento, os diferentes tipos de violência coexistem. Segundo a OMS (Krug et al., 2002), várias "pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos, normalmente é acompanhada por violência psicológica e, de um terço a mais de metade dos casos, por violência sexual" (p. 89). Quando pretendemos estabelecer um *continuum* de gravidade, a partir da natureza da violência, devemos ser muito cuidadosos na avaliação que fazemos relativamente ao risco/perigo associado e ao impacto desta. Com efeito, quer transversal quer longitudinalmente, a nossa observação poderá não refletir a experiência subjetiva da vítima. A visão linear do "problema", por parte do terapeuta, a ambivalência da vítima, as diferentes avaliações que a mesma faz em diferentes momentos do "ciclo" da violência, são fatores a ter em conta na nossa avaliação. Assim, é muito importante não subvalorizar experiências de violência "menor", que podem facilmente trazer consequências nefastas para as suas vítimas (por ex.: um empurrão pode ser letal; "há palavras que magoam mais do que uma bofetada").

A Roda do Exercício do Poder e do Controlo de Duluth[15] (ver Figura

---

[14] Mulheres que sofrem violência física por parceiros íntimos estão sob risco de sofrerem violência sexual. "No México e nos Estados Unidos, vários estudos estimam que de 40 a 52% das mulheres que vivenciam violência física praticada por parceiro íntimo também estão sujeitas a coação sexual por parte desse mesmo parceiro. Às vezes, a violência sexual ocorre sem a violência física" (Krug et al., 2002, p. 151).

[15] Para ler mais sobre o modelo de Duluth consultar o *site*

2), criada para explicar as dinâmicas da violência doméstica e conjugal, descreve um conjunto de formas de exercício da violência tais como: coagir e ameaçar; intimidar; usar a violência emocional; isolar; minimizar, negar, condenar; instrumentalizar os filhos; utilizar "privilégios machistas"; utilizar a violência económica; negligenciar; abandonar.

**Figura 2. A Roda do Exercício do Poder e do Controlo de Duluth**

http://www.theduluthmodel.org/

### 1.1.5. IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE E NA QUALIDADE DE VIDA

A OMS, referindo-se à estimativa global de mortes relacionadas com a violência, em 2000 (Krug et al., 2002), afirma que, no mundo, todos os dias, mais de 4000 pessoas morrem como consequência da violência. Aproximadamente, 2300 às suas próprias mãos, acima de 1500 na sequência de lesões traumáticas infligidas por outra pessoa, e acima de 400 como resultado da guerra ou de outra forma de violência coletiva. Percentualmente, poderemos afirmar que 49,1% das mortes violentas estão associadas ao suicídio, 31,3% ao homicídio e 18,6% estão relacionadas com as guerras. Calcula-se que, para cada morte devida à violência, acontecem dezenas de hospitalizações, centenas de idas aos Serviços de Urgência, e milhares de consultas médicas (World Health Organization [WHO], 2011a).

De seguida, passamos a descrever o impacto que a violência pode assumir na saúde e na qualidade de vida das vítimas de violência.

## 1.2. Violência Familiar/entre Parceiros Íntimos e Violência Doméstica: resenha histórica em torno dos conceitos

Depois de termos analisado a violência na sua globalidade, importa agora focalizar naquela que é objeto deste trabalho – a violência interpessoal que ocorre no contexto familiar ou das relações de intimidade. A violência familiar é transversal a todo o ciclo vital do

indivíduo. Os maus-tratos infantis, a violência entre parceiros íntimos e a violência sobre os idosos são as formas mais conhecidas e estudadas até ao momento. No entanto, poderíamos incluir também a violência fraternal, a violência filio-parental, entre outras. Muitas vezes estes fenómenos coexistem no tempo e no espaço – o exemplo mais flagrante é o da vitimação direta e indireta das crianças expostas à violência interparental. Do mesmo modo, podemos supor que, se existirem idosos nesse agregado familiar, dificilmente a violência entre o casal não os afetará também. É por isso que, embora este manual esteja pensado, sobretudo, para sinalizar e intervir em situações de violência entre parceiros íntimos, a violência nos restantes subsistemas familiares, e em diferentes direções, deverá também ser avaliada (alguns indicadores surgem na parte III deste manual).

Histórica e internacionalmente, foi a violência contra as crianças que começou por ter visibilidade, quando o radiologista John Caffey, em 1946, identificou um padrão de fraturas típicas, colocando a hipótese de serem provocadas por maus-tratos parentais. No entanto, é apenas em 1962, com a publicação do artigo "*The Battered Child Syndrome*", que Kempe e colaboradores descreveram o "síndrome da criança batida" e alertaram o mundo para a realidade dos maus-tratos parentais às crianças (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller & Silver, 1962). Desde esta data que começaram a desenvolver-se investigações e literatura sobre o tema.

Aproveitando a consciencialização social sobre a violência que ocorria nas famílias, o movimento feminista, nos anos 70, chamou a atenção para o facto das mulheres também serem alvo de violência dentro de casa, devido à cultura patriarcal dominante que legitimava que mulher e filhos fossem propriedade do *pater familia*e, daí este poder exercer violência sobre eles. Surgiram então os conceitos de "battering"[16], "wife abuse", "marital violence" e "domestic violence"[17](em português, "mulheres batidas", "abuso marital", "violência conjugal" e "violência doméstica"), inicialmente, alertando sobretudo para os maus-tratos físicos recorrentes, que existiam dentro da instituição família e casamento, e para o impacto que estes produziam ao nível da saúde da mulher. O "síndrome da mulher batida" surgiu, assim, para descrever o conjunto de sintomas que estas mulheres apresentavam, tais como: medo intenso, desespero, desânimo aprendido, falta de esperança, tristeza, angústia, ansiedade (etc.), decorrentes da violência masculina sobre a mulher. Mais tarde, e no sentido de enfatizar que esta violência é essencialmente uma violência de género, sobre as mulheres, surgiram os termos "violência contra as mulheres no espaço doméstico" e "violência de género".

---

[16] Refere a violência que ocorre repetidamente no mesmo relacionamento.

[17] O termo "violência doméstica" tem sido criticado por comportar "um sentido de problema a gerir pelos próprios ou internamente" (Matos, 2006), por ser omisso na nomeação dos protagonistas, vítima e agressor, e nos tipos de violência praticados, e por não traduzir o facto da violência não acontecer apenas no espaço doméstico, mas também no espaço público, por exemplo, o **stalking** (a perseguição de um parceiro íntimo com vista à sua intimidação).

Por outro lado, para incluir outros formatos relacionais, menos institucionais, como as uniões de facto, o namoro, as relações entre gays e lésbicas, e outros alvos da violência, os homens, passou-se a usar o termo "partner violence" ("violência no casal") ou "intimate partner violence" ("violência entre parceiros íntimos"), situando a problemática num "espectro mais alargado" das relações afetivas íntimas entre pares. Estes termos têm sido, no entanto, criticados por não especificarem a unidirecionalidade da violência de género, do homem sobre a mulher, e o carácter público e político desta problemática, que ultrapassa o contexto da intimidade, afetando os seus protagonistas enquanto cidadãos e sujeitos de direitos e deveres. Conscientes destas críticas, mas também de que o que caracteriza e distingue este tipo de violência (familiar/entre parceiros íntimos) de outras é o facto desta ocorrer em contextos relacionais de grande proximidade, supostamente espaços de afeto e de cuidado, (independentemente da sua forma jurídico formal, da consanguinidade e da coabitação – casamento, união de facto, namoro, filhos biológicos ou adotivos, cuidadores formais ou informais) e que é a este nível que o seu impacto na saúde se distingue, optámos pelo conceito "violência entre parceiros íntimos" neste manual.

Matos (2006) diz-nos que a violência entre parceiros íntimos é "o abuso de uma pessoa sobre a outra, numa relação específica de intimidade, podendo ocorrer em relações maritais e não maritais (…), atuais ou passadas, de carácter heterossexual ou homossexual" (p. 27). Afirma ainda que, os maus-tratos à/ao parceir@ são um conjunto de

condutas de carácter abusivo, perpetrado sobre el@, de forma intencional, habitualmente de modo continuado, podendo envolver ações diretas (maus-tratos físicos e sexuais) e não diretas (formas de controlo e omissões). Também Espinosa (2004) refere que, a abordagem exclusivamente feminista deste problema tem permitido a ocultação de outras formas de violência nas relações de intimidade (nas relações homossexuais e violência sobre os homens), o que contribui para a manutenção dos estereótipos de género presentes na sociedade.

## 1.3. O crime de Violência Doméstica na Lei Portuguesa

Em Portugal, o termo mais comummente utilizado para denominar a violência associada ao contexto familiar e às relações de intimidade é "Violência Doméstica". Este é um termo importado dos movimentos feministas dos anos 70, e é através dele que a violência ganha a atenção dos *media*, da política e da justiça. Também é sob a epígrafe "Violência Doméstica" que, com as alterações introduzidas ao Código Penal pela Lei 59/2007 de 4 de Setembro, é autonomizado o anterior ilícito "Maus tratos e infracção de regras de segurança". Temporalmente associado à passagem da violência doméstica de crime semipúblico para crime público (Lei 7/2000 de 27 de Maio), surge, em Portugal, o I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2000 – 2003). A Comissão de Peritos para o Acompanhamento desse plano, no ano 2000, começou por definir este problema, baseando-se

na definição do Conselho da Europa (1999), citado pela Presidência do Conselho de Ministros: "Qualquer conduta ou omissão que inflija, reiteradamente, sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto (por meio de ameaças, enganos, coação ou qualquer outro meio), a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico ou que, não habitando, seja cônjuge ou companheiro ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, bem como ascendentes ou descendentes". Inclui "todas as formas de violência: física, psicológica, verbal, sexual, que atravessam todas as classes sociais, grupos etários, etnias e nacionalidades e que têm sérias repercussões ao nível da intimidade e das relações" (I Plano Contra a Violência Doméstica, p. 3426). O crime de Violência Doméstica está enquadrado no Código Penal Português – Artigo 152.º, com alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2007, publicada em Diário da República (1.ª Série) a 04 de Setembro de 2007[18] - não exigindo este dispositivo legal, para a configuração do ilícito, uma atuação reiterada.

[18] "1. Quem, de modo reiterado, ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais a cônjuge ou ex-cônjuge e pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação, progenitor de descendente comum em primeiro grau, pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite.

É punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2. No caso previsto no número anterior, se o agente praticar facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3. Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

Em relação à violência que ocorre em contextos familiares, outros tipos de crime poderão, também tutelar, em alternativa ou em concurso, a ilicitude que a mesma configura, nomeadamente:

• Homicídio Qualificado (art. 132º, n.º2, alíneas a e b), do Código Penal)

• Ofensas à integridade física qualificadas (art.º 145º do Código Penal)

• Ameaça (art.153º do Código Penal)

• Coação (art.º 154º, n.º4 do Código Penal)

• Sequestro (art. 158º do Código Penal)

• Violação (art.º 164º do Código Penal)

• Crimes sexuais contra menores (art.ºs 171º a 176º do Código Penal)

• Agravação em função da qualidade do agente (art. 177º do Código Penal)

---

a) Ofensa à integridade física grave: o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
b) A morte: o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4. Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5. A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6. Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos."

De acordo com Magalhães (2010), a noção de crime coincide com a transgressão das normas jurídico – legais (sociais) num determinado momento histórico de uma sociedade, manifestando um comportamento antissocial. Estas normas estão regulamentadas no direito penal, bem como as consequências previsíveis para quem desrespeitar os valores sociais fundamentais na comunidade. Para que um determinado facto seja considerado crime, a presença de determinados pressupostos tem de ser esclarecida: "o facto (ação ou omissão); o dano ou prejuízo; o nexo de causalidade entre o facto e o dano; a ilicitude; a culpa (só é punível o facto praticado com intenção, ou, nos casos especialmente previstos na lei, com negligência). (…) a culpa deriva do juízo segundo o qual a pessoa deveria agir de acordo com a norma, porque podia atuar de acordo com ela, o que pressupõe a liberdade de decisão (pois só assim se poderá considerar responsável a pessoa por ter praticado o ato, em vez de o evitar) e uma decisão correta (a liberdade de querer associa-se à capacidade para ajuizar os valores, uma vez que sem ela as decisões humanas não poderão ser determinadas por normas de dever)" (Magalhães, 2010, pp. 18-19).

## 1.4. Violência Familiar/entre Parceiros Íntimos: a importância de um conceito de "largo espetro"

Como podemos perceber, a violência em contextos de intimidade é um fenómeno complexo, heterogéneo em situações e experiências (tipos de relação, formas de violência), transversal (diferentes classes

e estatutos sociais) e multidimensional, em termos de tipologia, severidade, frequência e direção. Daí a importância de um manual desta natureza, que permitirá uma sinalização e uma leitura da violência mais acurada e precoce, bem como a sua avaliação e registo.

Nas várias definições apresentadas, ressaltam uma série de aspetos associados ao fenómeno da violência na intimidade:

• Os atos envolvidos: comportamentos visíveis (físicos) e "invisíveis" (psicológicos);

• A direção da violência (homem – mulher);

• A intencionalidade do ato violento;

• As consequências: o dano causado nas vítimas;

• Os motivos subjacentes: exercício de poder e de controlo ou conflito situacional;

• A frequência (de forma reiterada ou não, intensidade variável).

O facto de termos uma definição de violência de "largo espetro", falamos da violência familiar/ entre parceiros íntimos (Krug et al., 2002), que inclui toda esta diversidade de atores, contextos e cenários, permite-nos estar atentos a diferentes situações, dimensional e qualitativamente diferentes, o que facilita uma intervenção mais precoce e preventiva.

## 1.5. Especificidades da(s) Violência(s)

### 1.5.1. VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS HETEROSSEXUAIS

Uma das formas mais comuns de violência é a que acontece no contexto da intimidade, exercida pelo marido ou pelo companheiro do sexo masculino (Krug et al., 2002). Constitui uma violação dos direitos humanos e um problema social e de saúde pública significativo, que afeta mulheres de todas as idades e de todos os estratos socioeconómicos e culturais.

A OMS afirma que "ocorre violência doméstica em todas as regiões do mundo, e as mulheres arcam com a maior parte da sua carga (…) a prevalência de violência doméstica durante a vida de uma mulher situa-se entre 16% e 50% (…) uma em cada cinco mulheres sofre violação ou tentativa de violação durante a sua vida" (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002, p. 87). Pelo menos, uma em cada três mulheres, ou um total de um bilião, foram espancadas, forçadas a ter relações sexuais, ou abusadas de uma forma ou de outra, nas suas vidas. Normalmente, o abusador é um membro da sua própria família ou alguém conhecido (Heise, Hellsberg & Gottemoeller, 1999). Estudos realizados em vários países mostram que 40 a 70% das mulheres vítimas de assassinato foram mortas pelos seus maridos ou namorados (Krug et al., 2002). Por outro lado, os homens estão, em geral, mais expostos a sofrer violência *às mãos* de um desconhecido ou conhecido, fora do seu círculo íntimo de relações (Krug et al.,

2002). Segundo dados da Amnistia Internacional[19],"em Espanha, em cada cinco dias, uma mulher foi morta pelo seu parceiro, em 2000 (Joni Seager, The Atlas of Women). No Reino Unido, duas mulheres são mortas pelos seus parceiros, por semana (Joni Seager, 2003)" (Amnesty International, 2004, p. 2).

Embora a violência entre parceiros íntimos possa ter consequências diretas ao nível da saúde das vítimas, como é o caso das lesões traumáticas[20], ser vítima de violência pode ser considerado também um fator de risco para uma variedade de doenças a curto e a longo prazo, representando um forte contributo para o adoecer, como podemos ver no Quadro 1 (na página seguinte).

No extremo, deparamo-nos com a morte associada ao suicídio ou ao homicídio da vítima. "Existe uma continuidade entre o murro dado pelo marido à mulher e o disparo que lhe tira a vida (...) (Fedorowycz, 2001) (...) quando um homem agride ou mata a mulher, fá-lo, quase sempre, pela mesma razão: porque queria dominá-la ou possuí-la de maneira exclusiva, enquanto ela o recusava ou pretendia romper com a relação (Wilson, Johnson & Daly, 1995; Boisvert & Cusson, 1999)." (LeBlanc, Quimet & Denis, 2008, p. 250).

---

[19] A Campanha "Acabar com a Violência sobre as Mulheres" foi a primeira campanha global temática de longo prazo da Amnistia Internacional (AI). Decorreu durante 6 anos (de 2004 a 2010) e impulsionou grandes mudanças na forma de atuação da AI.

[20] De registar que, 40% a 72% de todas as mulheres que sofrem violência física de um parceiro são feridas, em algum momento da sua vida (Krug et al., 2002).

**Quadro 1. Consequências da violência entre parceiros íntimos**
***(sobre a saúde da mulher)***
(Adaptado de Krug et al., 2002, p. 101)

| **Físicas** | **Psicológicas e comportamentais** |
|---|---|
| Lesões abdominais e torácicas; Contusões e edemas; Síndrome de dor crónica; Invalidez; Fibromialgia; Fraturas; Distúrbios gastrointestinais; Síndrome do cólon irritável; Lacerações e abrasões; Lesões oculares; Limitações físicas. | Alcoolismo; Consumo de drogas; Depressão e ansiedade; Distúrbios alimentares e do sono; Sentimentos de vergonha e de culpa; Fobias; Perturbação de pânico; Inatividade física; Baixa autoestima; Perturbação de *stress* pós-traumático; Perturbações psicossomáticas; Tabagismo; Comportamento suicida e de autoagressão; Comportamento sexual de risco. |
| **Sexuais e reprodutivas** | **Consequências mortais** |
| Perturbações do foro ginecológico; Esterilidade; Doença inflamatória pélvica; Complicações na gravidez, aborto espontâneo; Disfunção sexual; Doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/SIDA; Aborto realizado em condições de risco; Gravidez indesejada. | Mortalidade relacionada com a SIDA; Mortalidade materna; Homicídio; Suicídio. |

Colocando o enfoque na vida sexual e na saúde reprodutiva da mulher, é de registar o forte impacto que a violência assume ao nível da saúde, podendo levar diretamente (através de relações sexuais forçadas) ou indiretamente (por interferir com a capacidade da mulher usar métodos anticoncecionais, incluindo preservativos) à gravidez indesejada ou a doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infeção pelo HIV. A violência está associada, entre outras problemáticas, à mortalidade materna na gravidez e do feto, por aborto (espontâneo/induzido), ao parto prematuro, a lesões fetais associadas a

sérios danos para a criança que vai nascer, ao baixo peso ao nascer (com todas as consequências negativas a que possa estar associado). Segundo um estudo de Jejeebhoy (1998, cit. Krug et al., 2002, p. 103), as mulheres que sofreram violência física tinham uma maior probabilidade — comparativamente às mulheres que não sofreram — de ter passado por uma perda de gravidez ou uma morte infantil (aborto provocado ou espontâneo[21]; filho nado-morto). Um outro estudo afirma que, "a proporção de mulheres grávidas que foram abusadas fisicamente, durante pelo menos uma gravidez, excedeu os 5% em 11 dos 15 locais, distribuídos pelos dez países onde decorreu a investigação, com a maioria a situar-se entre 4% e 12%. Um quarto a metade das mulheres que foram abusadas fisicamente durante a gravidez foram esmurradas ou pontapeadas no abdómen. Em todos os locais, mais de 90% foram abusadas pelo pai biológico da criança, que, na maioria das situações, continuava (à altura da entrevista) a coabitar com a esposa" (Garcia-Moreno, Jansen, Watts, Ellsberg & Heise, 2005, p. 16). Também em Portugal, um estudo realizado por Henrique de Barros, em 2009, na região norte, aponta para uma incidência de violência doméstica em 9% das grávidas[22].

A investigação efetuada na área das consequências da violência na saúde (Krug et al., 2002) permitiu concluir que: (a) os efeitos da violência podem persistir muito tempo após esta ter cessado; (b)

[21] É com alguma frequência que, no Serviço de Violência Familiar, encontramos mulheres com história de violência física e referências a um aborto no passado.

[22] O desenvolvimento do estudo poderá ser acompanhado no *site* http://www.doveproject.eu/

quanto mais severo é o grau de violência, maior é o impacto na saúde física e mental da mulher; (c) o impacto ao longo do tempo, de diferentes tipos de violência e de vários episódios, parece ter um "efeito" cumulativo. Vários estudos sublinham que as mulheres que sofreram violência física ou abuso sexual na infância (comparativamente às que não sofreram) apresentam em adultas uma saúde mais precária (Krug et al., 2002). Para Roberts, Hegarty e Feder (2006), o impacto da violência é tal (o da violência psicológica em especial) que, do ponto da vista da saúde, a violência em contextos de intimidade pode melhor ser compreendida se a "olharmos" como uma síndrome crónica.

### 1.5.2. VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS E MAUS-TRATOS A CRIANÇAS

Cada vez mais é dada atenção às relações existentes entre as situações de violência no casal, os maus-tratos na criança e o impacto dos mesmos, a curto e longo prazo. Dados obtidos a partir de estudos realizados em países, tanto geográfica quanto culturalmente distintos (como África do Sul, China, Colômbia, Egito, Estados Unidos, Filipinas, Índia e México), têm todos revelado uma forte relação entre estas formas de violência (Krug et al., 2002). A criança exposta, direta e/ou indiretamente, à violência familiar tem um risco aumentado na adolescência e em adulto de: sofrer de problemas emocionais e comportamentais (por ex.: perturbações da conduta, terrores noturnos, abuso de álcool, consumo de drogas, depressão e ansiedade,

perturbações do sono, perturbações alimentares, sentimentos de vergonha e culpa, hiperatividade, performance escolar deficitária, baixa autoestima, perturbação de *stress* pós-traumático, distúrbios psicossomáticos, tentativas de suicídio, suicídio, automutilação, queixas físicas ligadas à saúde); apresentar um padrão de agressividade crescente nas suas relações familiares, escolares e sociais; poder vir a tornar-se abusiva nas suas relações íntimas em adulta.

Conforme é referido pela OMS (Krug et al., 2002), "pesquisas realizadas em León, na Nicarágua, concluíram que (…) os filhos de mulheres que sofriam abuso físico e sexual praticado por um parceiro tinham seis vezes mais probabilidade de morrer antes de atingir os 5 anos de idade do que os filhos de mulheres que não haviam sofrido abuso. A violência praticada pelo parceiro era responsável por cerca de um terço das mortes entre crianças naquela região" (p. 103). Segundo Forehand, Wierson, Thomas, Armistead, Kempton & Neighbors (1991), foi encontrada associação entre: privação emocional na infância, agressão física entre os pais, depressão materna, quebra precoce do vínculo mãe-filho, negligência ou rejeição materna, número elevado de substitutos maternos, abuso físico e sexual e conduta violenta em adolescentes.

Crianças expostas à violência doméstica apresentam frequentemente perturbações de comportamento e da saúde mental, tais como: agressividade, depressão, baixo nível de competências sociais, baixa autoestima, performance académica pobre, dificuldades em resolver

situações problemáticas e baixo nível de empatia (Jouriles, Norwood, McDonald, Vincenti & Mahoney, 1996; Margolin, 1998). Jovens que sofreram maus-tratos físicos mostram menor afetividade e competências nas interações sociais com os pares e maior potencial para a agressão no contexto escolar (Rogosch, Cicchetti & Abner, 1995).

### 1.5.3. VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS HOMOSSEXUAIS

Relativamente aos casais homossexuais[23], de acordo com Nunan (2004), é previsível que a violência doméstica ocorra, segundo alguns estudos, aproximadamente entre 12% a 39% dos relacionamentos[24,25]. No entanto, como refere Topa (2010),"entre a população homossexual, os estudos apresentam uma grande margem de variação, nomeadamente em trabalhos que incidem sobre a violência nas relações lésbicas: entre os 17% de um estudo e os 73% de outro (Poorman, in Kashak, 2001), o que advém das dificuldades de recolha de dados válidos e implica ler os resultados com cautela"[26] (p. 14). À

[23] Leituras recomendadas (ver referências bibliográficas): Antunes & Machado (2005); Costa, Machado & Antunes (2010); Rodrigues, Nogueira & Oliveira (2010).

[24] Para mais informações, consultar em Nunan (2004) as seguintes referências: Waterman et al., 1989; Waldner-Haugrud et al.,1997; West, 1998; Burke et al, 1999; Tjaden et al., 1999; Greenwood et al., 2002.

[25] Para conhecer mais dados estatísticos sobre violência doméstica em relações homossexuais, a título de exemplo, consultar Fountain e Skolnik (2007) (ver lista de referências bibliográficas).

[26] Para mais informações, e como menciona Topa (2010), "as entidades que desenvolvem programas de observação e prevenção da violência doméstica (também no contexto LGBT) fornecem informação detalhada, entre ela estatísticas relativas aos países (e regiões) onde estão implantadas (cf., por exemplo, os relatórios do *National Resource Center on Domestic Violence*, em

semelhança dos casais heterossexuais, assume, ao nível da sua natureza, a "expressão" verbal, física, psicológica, sexual e económica.

Apesar da violência entre casais homossexuais ser um problema tão sério e prevalente quanto a violência entre casais heterossexuais, a homofobia e o heterossexismo, a par com o "silêncio da violência", têm condicionado uma maior "invisibilidade" da problemática e o acesso e apoio a LGBT, vítimas de violência em contextos de intimidade, aos serviços especializados nesta área.

Neste contexto, ser vítima de violência poderá mais facilmente estar associado a dificuldades em encontrar apoio externo, tanto ao nível da família, quanto ao nível institucional, situação agravada pela falta de treino e experiência por parte dos técnicos para lidar com a problemática da violência em contexto de intimidade entre casais homossexuais[27]. Tais dificuldades, associadas ao preconceito internalizado por parte da vítima, relativamente à homossexualidade, condicionam ainda mais o isolamento e a vitimização, provocando, entre outras problemáticas: depressão, ansiedade, sentimentos de

---

http://new.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/NRC_LGBTDV-Full.pdf, e do *National Coalition of Anti-Violence Programs*, em http://www.ncavp.org/publications/NationalPubs.aspx)" (p. 14, nota de rodapé).

[27] Contrariamente aos casais heterossexuais, gays e lésbicas tendem a estar mais afastados das suas famílias de origem devido ao preconceito e à estigmatização associados à sua orientação sexual. Não é incomum que alguns casais homossexuais descrevam os seus relacionamentos como tendo uma qualidade de "nós contra o mundo", o que em contextos relacionais associados à violência torna a eventual rutura da relação — a par com facto de não terem sido capazes de refutar falsos estereótipos associados às relações homossexuais — um evento de vida altamente stressante.

culpa, medo, desconfiança, insegurança, vergonha, isolamento social, dificuldades em estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, abuso de álcool e/ou drogas, distúrbios alimentares, comportamento ou ideação suicida, etc.

O preconceito sexual internalizado está associado a uma forma adicional de violência psicológica – a ameaça d@ agressor@ de revelar a orientação sexual d@ seu/sua parceir@, junto de familiares, amigos, colegas de trabalho, caso est@ não ceda aos seus desejos de controlo e poder. Neste enquadramento — e a título de exemplo — é importante não subestimar o medo da vítima de poder perder relacionamentos valiosos na sua vida, assim como poder vir a ter problemas com a custódia dos filhos ou a perda de emprego.

Visando pôr cobro ao "ciclo da violência", e prevenir o isolamento e a vitimização de quem a sofre, importa pois, a par com a sinalização precoce e o encaminhamento adequado dos "atores sociais" envolvidos em situações de violência, combater socialmente a homofobia e o heterossexismo. Com vista à adequação das respostas às necessidades, é fundamental investigar e formar técnicos com competências para intervir na área da violência e capacitá-los para intervir em rede, numa perspetiva multidisciplinar e multissetorial. Ao nível da relação, importa que os profissionais que trabalham nesta área tenham em atenção os seguintes aspetos:

• Os profissionais de saúde devem estar cientes de mitos e estereótipos relacionados com a homossexualidade, assim como

autoavaliar a relação dos seus sentimentos e atitudes com a homofobia e o heterossexismo;

• Aquando da identificação de uma possível relação abusiva, o profissional deve ponderar que @ utente pode ter um@ companheir@ do mesmo sexo;

• É fundamental que o técnico respeite a orientação sexual d@ utente, tal como os medos e receios, eventualmente reais, que est@ possa ter quanto à sua revelação a terceiros[28] (cabendo apenas a est@ a decisão de o fazer ou não). A ser confirmada, deve merecer da parte d@ técnic@ uma mensagem verbal a manifestar a sua aceitação relativamente à orientação sexual d@ utente;

• É também importante ter em conta que, em relações homossexuais abusivas, @ utente pode ter problemas, inicialmente, em confiar em técnicos do mesmo sexo.

A fim de contribuir para dar ainda maior visibilidade ao problema da violência em contextos de intimidade, e de reforçar junto de vítimas (e agressores) a importância e o impacto positivo de pedir ajuda, importa também reforçar junto da comunidade homossexual a importância de quebrar o silêncio relativamente à problemática da violência entre parceiros íntimos. Torna-se assim importante:

• Quebrar o silêncio que cerca o problema do abuso em relações do mesmo sexo;

[28] Por exemplo, o impacto a nível familiar relativamente à custódia dos menores, a discriminação no contexto laboral e social.

• Estimular o diálogo sobre esta problemática, pois diminuirá receios e aumentará a confiança d@s utentes nos serviços relativamente a pedir ajuda;

• Desconstruir[29] estereótipos e preconceitos que persistem sobre relações do mesmo sexo;

• Defender um tratamento igualitário por parte dos diferentes serviços que trabalham com a problemática da violência (serviços médicos, judiciais, policiais e sociais), ou seja, que a acessibilidade dos utentes e a intervenção, no caso-a-caso, não sejam condicionadas por atitudes preconceituosas.

### 1.5.4. VIOLÊNCIA NO NAMORO

Nas relações de namoro, cerca de 28% dos homens e mulheres, em algum momento das suas vidas, terão estado ou estarão inseridos numa relação que envolve atos de violência, sendo que a ocorrência destes atos abusivos é mais provável em relações afetivas mais duradouras e em que existe coabitação (Caridade & Machado, 2006). A maioria das investigações desenvolvidas nesta área revela que, a violência entre companheiros amorosos se caracteriza por trocas mútuas de agressões, embora na violência severa, o sexo masculino seja mais perpetrador deste tipo de violência, como o demonstra o estudo realizado em Portugal, por Caridade, Machado e Vaz (2007),

[29] Informar e divulgar junto do público em geral informação sobre a violência, usando os jornais, rádios e TVs locais/ nacionais. Promover a discussão desta problemática nos Fóruns públicos.

onde os rapazes são os que agridem com maior gravidade (sovas, murros e pontapés).

Vários fatores de risco estão associados à violência no namoro (VN), por exemplo: a exposição à violência interparental (Flannery, Vazsonyi & Waldman, 2007), o consumo de álcool, problemas de comportamento noutras áreas, ter um amigo envolvido em VN (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2012), o isolamento, a falta de competências na resolução de problemas, a crença de que este tipo de violência é aceitável. Relativamente a este último fator, importa registar que a realidade amorosa está impregnada de falsas crenças e valores atribuídos ao amor, à relação e ao outro. Entre essas crenças está a de que a violência no namoro é algo normal e socialmente aceite. Consequentemente, a violência torna-se quase invisível, uma vez que vem disfarçada de amor, confundida com afeto e cuidado (Nascimento, 2009).

A violência no namoro pode ter um efeito negativo sobre a saúde ao longo da vida destes jovens. Adolescentes vítimas de violência têm uma maior probabilidade, entre outras problemáticas, de virem a sofrer de depressão (com ideias de suicídio), apresentarem insucesso escolar, maior risco de consumo de álcool e / ou drogas, maior propensão para sofrerem distúrbios alimentares, maior risco de vitimização posterior (CDC, 2012) e *stress* pós-traumático (Callahan, Tolman & Saunders, 2003). De registar que, o impacto da violência nas vítimas não é um processo linear. Fatores como a história de vitimação, frequência, duração e gravidade dos atos de violência, a

proximidade agressor-vítima, os tipos de vitimação, poderão contribuir para agravar ou atenuar os seus efeitos (Caridade & Machado, 2006). Quando falamos de VN falamos de um problema de saúde pública associado a populações de adolescentes onde importa investir na prevenção, na deteção precoce e na intervenção (Wolitzky-Taylor, Ruggiero, Danielson, Resnick, Hanson, Smith, et al., 2008) e onde se deve ter em conta a sua importância enquanto preditor de violência conjugal.

### 1.5.5. MAUS TRATOS À PESSOA IDOSA

A "Action on Elder Abuse"[30], em 1995, definiu abuso contra a pessoa idosa como sendo "qualquer ato, isolado ou repetido ou a ausência de ação apropriada que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incómodo a uma pessoa idosa" (World Health Organization & International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002. p. 3). Esta definição foi, também, adotada pela "International Network for the Prevention of Elder Abuse"[31] (INPEA), pela Organização Mundial de Saúde, e assumida na Declaração de Toronto[32], assinada pelos países membros da ONU, em 2002.

[30] Ver *site* do *Action on Elder Abuse* em http://www.elderabuse.org.uk/Index.htm
[31] Ver mais sobre a *InternationalNetwork for the Prevention of Elder Abuse* em http://www.inpea.net/
[32] A Declaração de Toronto, sobre uma prevenção global do abuso contra a pessoa idosa, encontra-se disponível em http://www.inpea.net/reportsresources.html

A violência contra os idosos, ao nível da família, tem vindo a ser cada vez mais reportada. Como refere Minayo (2005), "a violência familiar é enfantizada nos estudos internacionais como a mais frequente forma de abuso contra os idosos. Chavez (2002) e Kleinschmidt (1997) mostram que 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas acima dos 60 anos ocorrem no lar" (p. 33). A desresponsabilização familiar pelos cuidados de saúde que mantêm e preservam a sua sobrevivência, o autoritarismo e a apropriação abusiva dos seus bens, são exemplos de uma violência que, embora mais simbólica e psicológica do que física, é marcante e "destrutiva". Segundo Minayo (2005, pp. 34-35), relativamente à caracterização do agressor, vários autores[33] encontraram os seguintes sinais de vulnerabilidade e risco: o agressor viver na mesma casa que a vítima; o facto de filhos serem dependentes financeiramente dos seus pais de idade avançada; os idosos dependerem da família dos seus filhos para a sua manutenção e sobrevivência; o abuso de álcool e drogas pelos filhos, por outros adultos da casa ou pelo próprio idoso; a fragilidade dos vínculos afetivos entre familiares; o isolamento social dos familiares ou da pessoa de idade avançada; o idoso ter sido uma pessoa agressiva nas relações com os seus familiares; haver história de violência na família; os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica, sofrerem de depressão ou de qualquer tipo de sofrimento psiquiátrico.

[33] Para mais informações, consultar em Minayo (2005) as seguintes referências: Menezes (1999), Ortmann et al. (2001), Wolf (1995); Sanmartin et al. (2001), Costa e Chaves (2002), Reay e Browne (2001), Williamson e Schaffer (2001), Lachs et al. (1998), Anetzberger et al. (1994).

Conforme refere Ferreira-Alves, o Comité Nacional de Abuso de Idosos nos Estados Unidos ("National Center on Elder Abuse") propõe sete tipos de abuso para idosos não institucionalizados: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional ou psicológico, exploração material ou financeira, abandono, negligência e autonegligência (National Center on Elder Abuse, 1998, cit. Ferreira-Alves, 2005).

O impacto da violência na saúde e qualidade de vida do idoso é exacerbado pelo processo de envelhecimento e pelas doenças da velhice. A deterioração física e cognitiva e a deterioração e fragilização das relações familiares, que geralmente acompanham o envelhecimento, potenciam o *stress* do cuidador, o isolamento social e o desequilíbrio de poder entre a vítima e o agressor (Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, 2007). Tal enquadramento mobiliza a frustração e sobrecarga dentro do ambiente familiar — contribuindo para a eclosão de atitudes de negligência e abuso — e dificulta ao idoso o abandono do relacionamento abusivo. As obrigações de parentesco e a ausência de rede alargada familiar podem também contribuir para diminuir a capacidade do idoso, particularmente das mulheres, de "escapar" de situações perigosas. Para Minayo (2005), "em ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária" (p. 36). Como referem Day, Telles, Zoratto, Azambuja, Machado, Silveira, et al.

(2003), toda a situação de vulnerabilidade física ou mental é geradora potencial de violência.

Conforme é referido pela OMS (Krug et al., 2002), estudos realizados em países desenvolvidos demonstraram que, comparativamente aos seus pares que não sofreram abuso, há algumas evidências que reforçam a ideia de que um grande número de idosos vítimas de maus-tratos sofre, entre outras problemáticas, de depressão, de perturbações da ansiedade (incluindo o *stress* pós-traumático), de sentimentos de desamparo, alienação, culpa, vergonha e medo. Como referem Menezes (1999), Minayo (2002; 2003) e Wolf (1995) (cit. Minayo, 2005), o idoso vive em desesperança, a par com a negação das ocorrências e situações que os vitimizam. Um estudo realizado nos Estados Unidos por Lachs e colaboradores (1998, cit. Krug et al., 2002, p. 145) demonstrou que os maus-tratos causam *stress* interpessoal extremo, que pode representar um risco adicional de morte.

Em Portugal, segundo um estudo da Sociedade Portuguesa de Suicidologia[34], entre 1996 e 1999 registaram-se cerca de 540 suicídios por ano, sendo que metade foi cometida por pessoas com mais de 60 anos. Falamos de uma perturbação multidimensional, associada a uma interação complexa entre múltiplos fatores, onde, sem, dúvida a violência, a exclusão e a solidão representam problemáticas a ter em conta na leitura e compreensão destes números.

[34] Ler mais sobre suicídio no *site* da Sociedade Portuguesa de Suicidologia em http://www.spsuicidologia.pt

Nem sempre fácil de detetar, o fenómeno permanece muitas das vezes "escondido" pelos próprios protagonistas; falamos dos idosos, das suas famílias, dos cuidadores e profissionais que com eles interagem e, até mesmo, da sociedade em geral, que nem sempre validam os maus tratos contra o idoso como um problema de violência. Como sublinha Simone de Beauvoir (1976), existe uma "conspiração do silêncio" contra a velhice[35], potenciadora da emergência das diferentes formas de violência contra o idoso. Segundo a Organização Mundial de Saúde (Krug et al., 2002), o problema dos maus tratos a idosos não pode ser solucionado adequadamente se as necessidades essenciais dos mesmos — alimentação, abrigo, segurança e acesso à assistência e à saúde — não forem atendidas.

No global, quando pretendemos prevenir todos estes tipos de violência que ocorre em contextos de intimidade, é fundamental, entre outros aspetos, uma atuação multidisciplinar e multissetorial, em rede, envolvendo, ao nível dos serviços, profissionais da área da saúde, da justiça, da assistência social, das forças de segurança, dos direitos humanos, das instituições religiosas, das organizações e associações, entre muito(a)s outro(a)s[36]. Tendo em conta as multiproblemáticas de saúde associadas à violência, e a frequência com que principalmente

---

[35] Segundo a autora, a sociedade de consumo trata os idosos como párias, condenando-os à miséria, à solidão e ao desespero. "Antes de tudo, exige-se deles a serenidade; afirma-se que possuem essa serenidade, o que autoriza o desinteresse pela sua infelicidade" (Beauvoir, 1976).

[36] "Historicamente, a tendência dos programas tem sido concentrarem-se num único setor, o que geralmente produz pouquíssimos resultados, como a experiência o tem demostrado." (Mitra, 1998, cit.Krug et al., 2002, p. 111).

as vítimas recorrem aos serviços de saúde, os profissionais deste setor têm um papel muito importante na prevenção e deteção precoce das diversas situações de violência. Segundo a OMS (Krug et al., 2002, p. 246), os profissionais da saúde "estão bem posicionados para identificar os casos de violência e para encaminhar as vítimas para outros serviços, para acompanhamento ou proteção".

### 1.5.6. A VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DA DEFICIÊNCIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2011b), a deficiência faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas, em alguma fase da vida terão, temporária ou permanentemente, algum tipo de incapacidade e, numa idade mais avançada, experienciarão dificuldades ou limitações crescentes no seu funcionamento. A incapacidade é um conceito abrangente que inclui deficiências, limitações e restrições na participação de atividades, ou seja, inclui os aspetos negativos da interação entre a pessoa com um determinado problema de saúde e os fatores contextuais (pessoais e ambientais)[37]. Conforme consta no Diário da República Portuguesa, no Artigo 2º da Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto[38], "considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou

[37] Por isso, a saúde deverá abordá-la munida de um modelo "bio-psico-social" (que valoriza a interligação entre o modelo médico e o modelo social) que tem em conta essa interação dinâmica.

[38] A Lei nº38/2004 define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência.

de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas".

No mundo, cerca de 10% da população, ou seja, 650 milhões de pessoas, vivem com uma deficiência (OMS, 2011). São a maior minoria do mundo[39].

Diferentes iniciativas nacionais e internacionais têm sido levadas a cabo sobre os direitos das pessoas com deficiência, destacando-se a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (adotada em Nova Iorque a 30 de março de 2007), e aprovada em Portugal, em Assembleia da República, em maio de 2009 (Resolução da Assembleia da República nº 56/2009 – DR 1ª Série, nº 146, 30 de Julho de 2009).

Apesar destas iniciativas, visando promover a igualdade de oportunidades e o respeito pelas diferenças, esta é uma minoria que se encontra particularmente exposta à(s) violência(s). Isto porque vivemos numa sociedade que olha para as pessoas com deficiência como seres resignados e submissos (ao invés de reconhecer as fortes restrições a que estão sujeitos), desvalorizando (em função da primazia da norma social que determina os valores e os comportamentos aceites e valorizados), estigmatizando (a vergonha de um corpo imperfeito e limitado) e homogeneizando as diferenças que

[39] Ver a "Factsheet on persons with disabilities" no *site* da "United Nations Enable" para conhecer mais alguns dados estatísticos.

existem entre as pessoas portadoras de deficiência. É o que defende Marita Iglesias (National Disability Authority [NDA], 2004), alertando para o papel dos sistemas de saúde e social na construção destes estereótipos e desta sobrevalorização da deficiência (como categoria de diagnóstico ou como objeto de estudo) em detrimento da pessoa (homem e mulher) com deficiência. Esta norma social potencia as vulnerabilidades das pessoas com deficiência, contribuindo para uma imagem de fraqueza, de seres indefesos que são facilmente controláveis.

É neste enquadramento que 4 em 10 mulheres com deficiência podem, nalgum momento das suas vidas, ser sujeitas a violência (NDA, 2004).

O abuso de pessoas com deficiência deve ser compreendido e enquadrado no modelo ecológico (Sobsey, 1994, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001), que tem em conta os fatores culturais e sociais, como o estigma e os estereótipos em relação à deficiência. Lonsdale (1990, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001) refere que, ao nível das representações sociais, as mulheres com deficiência são vistas como passivas, assexuadas e dependentes, não integrando os papéis tradicionais femininos – de cuidadora, mãe e esposa – nem os papéis tradicionais masculinos – de "ganha-pão", trabalhador e autossuficiente. Neste sentido o autor afirma "para a mulher com deficiência não há nenhuma avenida para a autoafirmação" (Lonsdale, 1990, p. 9, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001, p. 71). Estas representações sociais têm contribuído grandemente para a

invisibilidade da violência contra as mulheres com deficiência. A International Network of Women With Disabilities (INWWD, 2011) refere alguns fatores que contribuem para esta invisibilidade:

- A falta de uma definição ampla de violência que abranja todos os tipos de abusos perpetrados contra a mulher com deficiência;
- A dificuldade em identificar o maltrato em situações como o abandono físico ou a violência psicológica;
- Falta de credibilidade atribuída a mulheres que necessitem de algum tipo de apoio para comunicar e a mulheres diagnosticadas com problemas mentais ou deficiência mental;
- O facto de ser difícil para uma sociedade progressista admitir que a mulher com deficiência foi vítima de violência.

De acordo com a "International Network of Women with Disabilities" (INWWD, 2011), apesar da escassez de dados, os estudos indicam que a incidência do abuso contra as mulheres com deficiência é maior comparativamente às mulheres sem deficiência e aos homens com deficiência. A associação entre o ser-se mulher e o ser-se portadora de uma deficiência resulta num aumento do risco de se ser vítima de abuso.

O estudo conduzido pela "DisAbled Women's Network of Canada" (Riddington, 1989, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001) concluiu que, de 245 mulheres com deficiência física entrevistadas 40% já tinham sido vítimas de violência e 12% já

tinham sido violadas. Os agressores eram na maioria dos casos companheiros ou ex-companheiros (37%), mas também identificaram como perpetradores do abuso, desconhecidos (28%), pais (15%), prestadores de cuidados (10%) e namorados (7%). Segundo um estudo de Young et al. (1997, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001) cerca de 62% das mulheres com deficiência física já foram vítimas de algum tipo de abuso durante a sua vida, sendo o agressor na maioria dos casos o companheiro. De referir que este estudo, tal como outros, encontrou como agressores profissionais ou prestadores de cuidados/serviços, sendo esta uma das grandes diferenças entre mulheres com ou sem deficiência física. Também um estudo norte-americano (Sobsey & Doe, 1991, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001), sobre o abuso físico e sexual de crianças e adultos com atrasos no desenvolvimento, verificou que em 44% dos casos a relação entre agressor e vítima estava relacionada com a deficiência, isto é, os agressores eram prestadores de cuidados, psiquiatras, profissionais da instituição, motoristas, pais de acolhimento e outros indivíduos com deficiência. Numa investigação realizada por Milberger et al. (2002) 56% das mulheres entrevistadas com deficiência física foram vítimas de violência, destas 87% relataram abuso físico e 66% abuso sexual, sendo que 80% das mulheres afirmaram que o abuso foi perpetrado pelo companheiro e 31% mencionaram o abusador como um membro da família. Os estudos também têm verificado que mulheres com deficiência apresentam mais dificuldades económicas, comparativamente às mulheres sem deficiência e aos homens com deficiência. Por exemplo,

um estudo concluiu que mulheres com deficiência ganham 14% menos do que homens com deficiência (Berley Planning Associates, 1996, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001). Por conseguinte, devido às dificuldades económicas, as mulheres com deficiência têm uma probabilidade maior de viver em zonas mais pobres, com taxas de crime mais elevadas, o que pode aumentar o risco de vitimização (Nosek et al., 1997, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001).

Segundo Bob McCormack (NDA, 2004) as pessoas com deficiência mental estão em maior risco de serem vítimas de violência em casa, na comunidade e nos serviços, referindo-se a alguns estudos que têm dado visibilidade a esta realidade. O estudo de Sobsey et al. (1997) concluiu que o risco de violência doméstica poderá aumentar em função das dificuldades dos pais na vinculação com a criança com deficiência mental, do stresse económico e emocional, e do isolamento parental, a que estas famílias estão, muitas vezes, sujeitas. Um outro estudo, de Nosek et al. (1997), refere mais três fatores de risco que aumentam a probabilidade de ocorrência de violência doméstica no contexto da deficiência: a dependência (frequentemente financeira); a falta de credibilidade do testemunho da pessoa com deficiência mental e a desvalorização das suas afirmações quanto ao abuso de que são alvo.

Para Williams (2003) ser-se portador de uma deficiência poderá também constituir fator de risco de perpetração: “Pais com comprometimento intelectual constituem risco para maus tratos

infantis e, em particular, risco para negligência dos filhos" (Feldman, 1997, cit. Williams, 2003, p. 148). Bromwhich (1997, cit. Williams, 2003) salienta que as competências e capacidades parentais podem ser comprometidas caso existam problemas psiquiátricos, para além de um atraso global do desenvolvimento.

A deficiência mental surge ainda associada a uma pequena percentagem de casos de agressão sexual. No entanto, em comparação com adolescentes sem atraso de desenvolvimento, os adolescentes agressores sexuais com atraso de desenvolvimento tendem a incorrer em agressões menos graves (como *voyerismo* e exibicionismo), dirigidas a homens e mulheres (ao invés de maioritariamente a mulheres, como os primeiros) e menos associadas a outros comportamentos delituosos (Tudiver et al., 2000, cit. Williams, 2003).
A Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association, 2003) publicou o "Resolution on the Maltreatment of Children with Disabilities", onde sublinha que as crianças portadoras de deficiência são um grupo de elevado risco. Neste sentido, a APA recomenda a disseminação de serviços de apoio_familiares, que previnam os fatores de risco associados às famílias com crianças portadoras de deficiência (elevados níveis de stresse, dificuldade em gerir emoções como a raiva e a depressão) e promovam o seu bem-estar e integração social; o desenvolvimento e divulgação de mais investigação sobre esta problemática (nomeadamente sobre os fatores de risco associados); a implementação de uma prática sistemática de acompanhamento das crianças com deficiência, acolhidas em

contextos institucionais ou de famílias de acolhimento; e a promoção da colaboração entre profissionais, serviços e organizações que trabalham na área do maltrato infantil e na área das crianças portadoras de deficiência.

As mulheres com deficiência vivenciam as mesmas consequências físicas, mentais e emocionais decorrentes da violência, tal como as mulheres sem deficiência. Contudo, por vezes, os cuidadores ou profissionais podem relacionar os sintomas com a deficiência, não associando a sua causa ao abuso, o que em mulheres com deficiência pode representar um risco acrescido de ferimentos secundários, exacerbação da deficiência ou ambos (Nosek et al., 1997, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001).

Saxton et al. (2001, cit. INWWD, 2011) referem que mulheres portadoras de deficiência sentem que não têm alternativas para fugir ao abuso ou para acabar com ele. Às barreiras que qualquer mulher numa relação abusiva enfrenta, as mulheres com deficiência confrontam-se com barreiras adicionais como: recear quebrar laços e perder apoios que precisam caso denunciem a violência ou serem internadas se fizerem algo que possa aumentar a violência. Como referem Curry, Hassouneh-Phillips e Johnston-Silverberg (2001), se uma mulher com deficiência também depender, parcial ou totalmente, do seu perpetrador, maior o risco de exploração e isolamento. O abandono de uma relação violenta, para uma mulher com deficiência, pode implicar: perder a sua independência ou ser institucionalizada; deixar uma casa preparada para a sua deficiência, ver posta em causa a

sua capacidade para autonomamente cuidar dos seus filhos. De referir que, também o isolamento da vítima e a intimidação por parte do agressor condicionam a denúncia pela vítima ou o abandono da relação, o que para mulheres com deficiência pode ser ainda mais difícil se não conseguirem fazer um telefonema ou sair de casa sozinhas (Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001).

Em suma: o impacto da violência na saúde das mulheres com deficiência resulta agravado sobretudo por fatores sociais e culturais que continuam a ocultar esta vitimação.

Esta exclusão social tem sido refletida na comunidade científica (na falta de estudos e projetos de investigação na área da violência contra a pessoa com deficiência) e nas políticas institucionais (na falta de respostas específicas para o problema).

De acordo com Marita Iglesias (NDA, 2004) a investigação é escassa nesta área e, a pouca existente, encontra-se fragmentada, nem sempre distinguindo a natureza da deficiência, as diferenças entre géneros e idades, centrando-se a maioria na área do abuso sexual e na deficiência mental. Curry, Hassouneh-Phillips e Johnston-Silverberg (2001) referem que existe pouca literatura quanto ao risco de abuso, à experiência de abuso e às barreiras que as mulheres portadoras de deficiência enfrentam na procura de ajuda. Acrescentam ainda que também os investigadores e os prestadores de cuidados têm estereótipos, acerca da mulher portadora de deficiência (assexuada e dependente), o que pode comprometer a sua capacidade no

reconhecimento e compreensão da gravidade de uma situação de abuso.

No âmbito da National Disability Authority (2004), Anne Good, membro dessa organização, referiu uma série de áreas de investigação que a NDA considera importantes serem exploradas:

- A dimensão do problema;
- A prestação de serviços;
- As lacunas nos serviços e as barreiras ao seu acesso;
- A situação de grupos particularmente vulneráveis, como pessoas com deficiência em instituições, crianças e pessoas idosas;
- O impacto da violência na vida das pessoas;
- As diferenças nas experiências de homens e mulheres com deficiência;
- Modelos de boas práticas nacionais e internacionais;
- Questões legais.

Segundo Curry, Hassouneh-Phillips e Johnston-Silverberg (2001, p. 76), "o objetivo principal da investigação deverá ser o dar poder às mulheres com deficiência para viverem vidas mais saudáveis e seguras". Tal implica que os estudos sejam baseados nas experiências das pessoas, que os resultados sejam disseminados e que sejam tidos em conta na formulação de políticas, com o objetivo de quebrar barreiras e prevenir e terminar com a violência.

Também ao nível da intervenção, apesar da vulnerabilidade desta população, as comunidades apresentam ainda escassas opções e serviços de apoio a vítimas com deficiência (Curry, Hassouneh-

Phillips, & Johnston-Silverberg, 2001). As casas abrigo geralmente não são acessíveis para pessoas com deficiência física, não estão preparadas para acolher também um cuidador ou mesmo para serem equipadas com o material necessário para a pessoa com deficiência (National Coalition Against Domestic Violence, 1996, cit. Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001).

Em alguns casos, a deficiência da vítima pode dificultar ou condicionar o seu pedido de ajuda, no entanto, quando a pessoa consegue fazê-lo, nem sempre tem acesso a informação sobre serviços de apoio, pode não conseguir contactar um serviço caso este não possua equipamento para pessoas com surdez, e pode ter receio de não ser compreendida ou mesmo de que não acreditem em si (Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg, 2001).

Segundo Rachel Mullen, membro da "Women's Aid" (National Disability Authority, 2004), as respostas dos serviços às mulheres com deficiência que vivam em relações violentas podem ser melhoradas tendo em conta os seguintes aspetos:

- Respostas na comunidade baseadas numa cooperação entre serviços direcionados para a violência e serviços direcionados para a deficiência;
- Garantir que as repostas e intervenções são pensadas para mulheres com deficiência;
- Mais investigação/dados sobre violência contra mulheres com deficiência;

- Garantir que as políticas têm em conta os custos adicionais precisos para responder às necessidades das mulheres com deficiência.

Nas recomendações, a INWWD (2011) refere um conjunto de agentes que podem ter um papel importante para garantir os direitos das mulheres com deficiência e para combater a violência contra estas, nomeadamente a ONU, governos nacionais e locais, serviços e a sociedade civil (por exemplo, organizações de mulheres, grupos de direitos humanos, organizações de HIV e organizações de pessoas com deficiência). Todos estes agentes devem:

- Ter em conta que os programas e recursos devem ser pensados de acordo com a heterogeneidade da deficiência;
- Assegurar a acessibilidade das mulheres aos serviços e programas, proporcionar intérpretes e que nenhum programa exclua a mulher com base na sua deficiência;
- Combater o estigma, a discriminação e a violência contra meninas e mulheres com deficiência vítimas de violência, através de campanhas e debates.

Os governos locais e nacionais devem adotar leis e políticas que reconheçam que todos os atos que violam o direito à integridade corporal das mulheres com deficiência são ilegais e são atos de violência; assim como, devem ser consultadas mulheres com deficiência para o desenvolvimento e implementação de programas, políticas e protocolos.

Os restantes agentes devem assegurar, entre outras, as seguintes medidas:

- Desenvolver investigações e ações, relativas à violência contra as mulheres com deficiência, que incorporem todos os tipos de violência identificados pelas mulheres com deficiência psicossocial (como a "violência psiquiátrica");
- Certificar-se que as mulheres mantêm a sua capacidade jurídica e liberdades fundamentais;
- Educar a comunidade, pais, técnicos, cuidadores para que respeitem as mulheres com deficiência;
- Disseminar informação, prestar consultoria e denunciar todos os tipos de abuso contra as mulheres e meninas com deficiência;
- Sistematizar os dados sobre as mulheres com deficiência que recorrem aos serviços;
- Investigar as causas dos vários tipos de violência contra meninas e mulheres com deficiência;
- Educar as meninas e as mulheres com deficiência sobre os seus direitos, nomeadamente aconselhamento na área sexual e reprodutiva;
- Criar serviços de advocacia, informação e apoio para mulheres e meninas com deficiência vítimas de violência;
- Treinar mulheres com deficiência para criar e gerir serviços de apoio, para se tornarem autossuficientes economicamente e para usarem a tecnologia por forma a serem mais autónomas e independentes.

### 1.5.7. MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008), a Mutilação Genital Feminina (MGF) representa uma violação dos Direitos Humanos. A MGF inclui "todos os procedimentos[40] que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou que provoquem lesões nos órgãos genitais femininos, por razões não médicas"; e é quase sempre realizada em meninas dos 0 aos 15 anos de idade. De acordo com o mesmo documento:

• Estima-se que entre 100 e 140 milhões de meninas e mulheres, em todo o mundo, tenham sido já submetidas a estes processos e que, anualmente, 3 milhões de meninas corram o risco de sofrer mutilação genital;

• Tem subjacente uma multiplicidade de fatores culturais, religiosos e sociais que fazem parte da história das famílias e das comunidades.

A MGF é tipificada da seguinte forma (ver Quadro 2):

**Quadro 2. Tipos de mutilação genital feminina**
(Adaptado de Organização Mundial de Saúde, 2008, p. 29)

| TIPO | DESCRIÇÃO |
|---|---|
| **Tipo I** | Remoção parcial ou total do clítoris e/ou do prepúcio do clitóris (clitoridectomia). |

[40] Vários autores fazem referência aos instrumentos utilizados para realizar o corte nos genitais, sendo nomeados de forma mais recorrente pedaços de vidro, canivetes, lâminas de barbear, tesouras, navalhas e unhas. A esterilização dos instrumentos não é de todo prioritária e a presença de anestesia neste tipo de intervenção é, na esmagadora maioria dos casos, inexistente antes, durante e após a intervenção.

| | |
|---|---|
| **Tipo II** | Remoção total ou parcial do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios (excisão). |
| **Tipo III** | Estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e / ou dos grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris (infibulação). |
| **Tipo IV** | Todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo: punção / picar, perfuração, incisão / corte, escarificação e cauterização. |

A MGF encontra-se profundamente enraizada por todo o globo, embora predomine nas regiões do Oeste, Este e Nordeste de África[41], em alguns países na Ásia e Médio Oriente, e entre certas comunidades de imigrantes na América do Norte e Europa. A presença de casos de MGF nestes continentes está associada à emigração de comunidades migrantes, onde esta prática se encontra disseminada. Portugal, devido ao aumento do fluxo de imigrantes provenientes de países onde esta prática é recorrente, é um país de risco relativamente à prática de MGF (Piedade, 2008).

De acordo com a OMS, esta prática priva a mulher do direito à sua integridade física, vivência da sexualidade e maternidade de uma forma plena, constituindo uma prática degradante e cruel que põe em

[41] Distribuição por país/ prevalência a partir dos dados da Amnistia Internacional em Portugal (2007, cit. Piedade, 2008) — Benin (entre 30% e 50%); Burkina Faso (78%); Camarões (15%); Chade (40%); Costa do Marfim (44.5%); Djibuti (entre 90% a 98%); Eritréia (95%); Etiópia (73% e 90%); Gâmbia (entre 60% e 90%); Ghana (20%); Guiné (60%); Guiné Bissau (45%); Quénia (38%); Libéria (55%); Mali (entre 15% e 20%); Mauritânia (55%); Níger (11%); Nigéria (60%); República Central Africana (35%); Senegal (entre 15% e 20%); Serra Leoa (entre 80% e 90%); Somália (99%); Sudão (90%); Tanzânia (18%); Togo (12%); Uganda (20%).

risco a sua vida em favor de uma tradição que a subjuga e restringe simultaneamente o seu direito ao livre arbítrio (World Health Organization [WHO], Department of Gender and Women's Health [GWH] & Department of Reproductive Health and Research [RHR], 2001).

Relativamente às consequências físicas[42], entre as complicações imediatas mais frequentemente descritas encontram-se as queixas urinárias (traumatismo da uretra, infeção urinária e retenção urinária), a hemorragia e as infeciosas (locais ou generalizadas). Não existe, normalmente, um cuidado na esterilização dos utensílios utilizados, o que aumenta a probabilidade de transmissão de infeções durante o procedimento, de que são exemplo o tétano, a hepatite B e o VIH/SIDA. Outras possíveis complicações físicas imediatas, salientadas pela OMS (WHO, GWH & RHR, 2001), são o choque hemorrágico, o tétano, a anemia devido à excessiva perda de sangue, o

[42] § Alterações uro-ginecológicas: formação de quistos de inclusão, quelóides (tecido cicatricial hipertrófico), áreas de fibrose e estreitamento vaginal produzindo dispareunia e/ou úlceras de repetição por traumatismo durante as relações sexuais. Nos casos mais severos, o estreitamento vaginal pode provocar obstrução ao fluxo menstrual e impossibilidade de penetração vaginal. Está descrita a formação de cálculos justa-uretrais associados à obstrução da uretra na infibulação. As cicatrizes, a infeção e a presença de quistos podem obstruir ou lesar o meato urinário conduzindo à incontinência urinária.
§ Alterações obstétricas: provocar obstrução ao parto e/ou rasgaduras do períneo. A obstrução ao parto pode ser responsável, além disso, por situações de sofrimento fetal intraparto.
§ Alterações sexuais: dispareunia e disfunção sexual feminina. É importante salientar que para além da sexualidade feminina, se encontram alterações relacionais ou mesmo da sexualidade masculina. Existem estudos que referem que homens casados com mulheres excisadas procuram, fora do contexto do casamento, mulheres não excisadas que descrevem como "completas" e "quentes" (Programa de Acção para a Mutilação Genital Feminina, 2009).

contágio do vírus HIV (que se deve à utilização de instrumentos não esterilizados) e infeções que podem conduzir à morte. As complicações crónicas dependem das alterações anatómicas produzidas e do grau de fibrose subsequente.

Quanto ao impacto a nível psicológico, mais difícil de investigar do que as consequências físicas, a OMS (WHO, GWH & RHR, 2001) faz referência a perturbações psicológicas e psicossomáticas que se traduzem em problemas comportamentais, alimentares e do sono. Para algumas raparigas, a vivência da MGF tem repercussões comparáveis às da experiência de uma violação. Os relatos das crianças e mulheres sujeitas à prática revelam a existência de sentimentos de ansiedade, terror, humilhação e traição. Existem também referências de *stress* pós - traumático, depressão e "perda de memória" (Behrendt, 2005).

Neste contexto, sabendo que o número de imigrantes onde esta prática é comum está a aumentar em Portugal, é importante a realização de estudos com os profissionais de saúde, de forma a dar a conhecer o tema da MGF, a obter informações relativamente às suas atitudes sobre esta prática, a verificar o seu nível de conhecimento e de formação na área, bem como a sua experiência profissional com mulheres vítimas de MGF.

Por tudo o que se disse, fica claro que a falta de ação contra a violência, o seu impacto ao nível da saúde dos seus atores, bem como a nível familiar e comunitário, acarreta custos de vária ordem que, como temos vindo a sublinhar, uma ação coletiva e concertada poderia

evitar. É sobre os custos económicos que nos debruçaremos de seguida.

## 1.6. Os custos económicos e sociais da violência

Não se pode calcular, ao nível do sofrimento e da dor, o custo humano da violência, pois muito deste custo é invisível. A violência familiar / entre parceiros íntimos está associada a um considerável sofrimento, a consequências negativas para a saúde, a uma perturbação do funcionamento familiar, a um isolamento social, a uma menor produtividade, ao desemprego, ao estigma social e a custos acrescidos com a saúde. No Quadro 3, extraído do "Relatório da Saúde no Mundo" (OMS, 2002), a depressão unipolar apresenta-se no sexo feminino, na faixa dos 15-44 anos (estimativa para 2000), como a primeira causa (13,9%) de anos de vida vividos com incapacidade. Conforme é sublinhado pela OMS (2002), "a todos os níveis socioeconómicos a mulher, pelos múltiplos papéis que desempenha na sociedade, corre maior risco de perturbações mentais e comportamentais (…). As mulheres continuam a arcar com o fardo das responsabilidades de serem, simultaneamente, esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados a terem uma participação, cada vez mais essencial, no trabalho, sendo a principal fonte de rendimento em cerca de um quarto a um terço das famílias. Além das pressões impostas às mulheres em virtude do alargamento dos seus papéis, não raras vezes em conflito, elas enfrentam uma significativa discriminação sexual, e as concomitantes, pobreza, fome, desnutrição,

excesso de trabalho e violência doméstica e sexual. Assim, não é de surpreender que as mulheres tenham acusado maior probabilidade do que os homens de receber prescrição de psicotrópicos" (pp. 45-46). As mulheres que sofreram violência têm um funcionamento físico reduzido, mais sintomas físicos e passam mais dias de cama do que as mulheres que não sofreram violência (Krug et al., 2002).

**Quadro 3.**
**Principais causas de anos de vida vividos com incapacidade (AVAI) na faixa etária de 15-44 anos, por sexo, estimativa para 2000**[43]
(retirado de OMS, 2002, p. 67)

| Ambos os sexos, 15-44 anos | % do total | Masculino, 15-44 anos | % do total | Feminino, 15-44 anos | % do total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 Perturbações depressivas unipolares | 16,4 | 1 Perturbações depressivas unipolares | 13,9 | 1 Perturbações depressivas unipolares | 13,9 |
| 2 Esqizofrenia | 5,5 | 2 Perturbações por utilização de álcool | 10,1 | 2 Anemia ferripriva | 10,6 |
| 3 Anemia ferripriva | 4,9 | 3 Esqizofrenia | 5,0 | 3 Esqizofrenia | 3,2 |
| 4 Perturbações afectivas bipolares | 4,9 | 4 Perturbações afectivas bipolare | 5,0 | 4 Perturbações afectivas bipolares | 3,2 |
| 5 Perturbações afectivas bipolares | 4,7 | 5 Anemia ferripriva | 4,2 | 5 Complicações no trabalho de parto | 2,8 |
| 6 Perda da audição na idade adulta | 3,8 | 6 Perda da audição na idade adulta | 4,1 | 6 Perda da audição na idade adulta | 2,7 |
| 7 HIV/SIDA | 2,8 | 7 Acidentes de viação | 3,8 | 7 Clamídia | 2,5 |
| 8 Doença pulmonar obstrutiva crónica | 2,4 | 8 HIV/SIDA | 3,2 | 8 Aborto | 2,5 |
| 9 Osteoartrite | 2,3 | 9 Perturbações por utilização de drogas | 3,0 | 9 Perturbações de pânico | 2,4 |
| 10 Acidentes de viação | 2,3 | 10 Doença pulmonar obstrutiva crónica | 2,6 | 10 HIV/SIDA | 2,1 |
| 11 Perturbações de pânico | 2,2 | 11 Asma | 2,5 | 11 Osteoartrite | 2,0 |
| 12 Complicações no trabalho de parto | 2,1 | 12 Quedas | 2,4 | 12 Sepse materna | 2,0 |
| 13 Clamídia | 2,0 | 13 Osteoartrite | 2,1 | 13 Doença pulmonar obstrutiva crónica | 1,9 |
| 14 Quedas | 1,9 | 14 Filariase linfática | 2,1 | 14 Hemicrania | 1,6 |
| 15 Asma | 1,9 | 15 Perturbações de pânico | 1,6 | 15 Perturbações por utilização de álcool | 1,5 |
| 16 Perturbações por utilização de drogas | 1,8 | 16 Tuberculose | 1,6 | 16 Arttrite reumatóide | 1,5 |
| 17 Aborto | 1,6 | 17 Gota | 1,3 | 17 Perturbações obsessivocompulsivas | 1,4 |
| 18 Hemicrania | 1,6 | 18 Perturbações obsessivocompulsivas | 1,3 | 18 Quedas | 1,3 |
| 19 Perturbações obsessivocompulsivas | 1,4 | 19 Violência | 1,2 | 19 Estado de pós-*stress* traumático | 1,2 |
| 20 Sepse materna | 1,2 | 20 Gonorreia | 1,1 | 20 Asma | 1,1 |

[43] As condições neuropsiquiátricas estão destacadas.

De acordo com o estudo de Koss e colaboradores (1990, cit. Hamberger & Phelan, 2004), as mulheres vítimas de violência, comparativamente às mulheres não vítimas, recorrem duas vezes mais a serviços de saúde e o "consumo" de cuidados de saúde custa 2,5 vezes mais[44]. Segundo o III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010), "os estudos sobre os custos económicos e sociais da violência doméstica (…) dão-nos (…) conta das situações de grande vulnerabilidade a que as mulheres vítimas de violência ficam expostas (…) apresentam uma probabilidade três a oito vezes superior, consoante os casos, de terem filhos doentes, de não conseguirem emprego e, se empregadas, em não obterem promoção profissional, de recorrerem aos serviços dos hospitais, a consultas de psiquiatria por perturbações emocionais, bem como risco de suicídio" (pág. 3990). Não é de surpreender que, em várias situações, as mulheres expostas a violência, em contextos de intimidade, não consigam cuidar de si mesmas e das suas crianças, ou tão pouco consigam procurar empregos e seguir uma carreira a nível profissional.

Para ter uma ideia aproximada sobre os custos económicos associados ao impacto da violência interpessoal, o leitor poderá consultar, entre outros documentos, a publicação da OMS *"The economic dimensions of interpersonal violence"* (Waters, Hyder, Rajkotia, Basu, Rehwinkel & Butchart, 2004), onde encontrará também informação sobre indicadores diretos e indiretos, relacionados com esta matéria e

[44] Ver também o *site* "Centers for Disease Control and Prevention" (http://www.cdc.gov/injury/publications/index.html )

informação relativa ao impacto da prevenção, em termos económicos — dados que com certeza ajudarão a reforçar, ainda mais, a importância de um maior investimento a nível das políticas sociais desenvolvidas para prevenir a violência interpessoal.

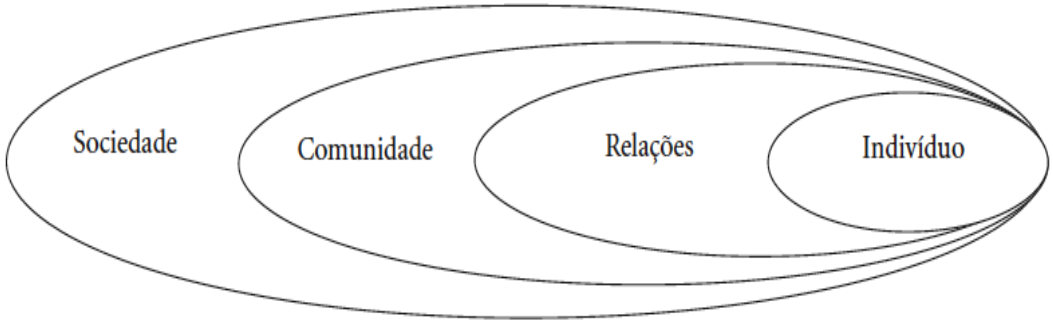
## 1.7. O Modelo Ecológico e suas implicações para a intervenção

A violência familiar/ entre parceiros íntimos atingindo, fundamentalmente, crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, constitui uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, uma ofensa à dignidade humana, limitando o reconhecimento e o exercício de tais direitos e liberdades. Acontece em todos os setores da sociedade, ao longo do ciclo vital, sem distinção de classe social, grupo racial, nível económico, educacional ou religião. Embora a violência nos seja cada vez mais "servida ao jantar", através dos *media*, a verdade é que um número maior de atos violentos permanecem "invisíveis". O movimento feminista, nos anos 70, contribuiu fortemente para tornar visível o invisível, para "desnaturalizar" e "desnormalizar" a violência que ocorria nas famílias, apontando para fatores sociais, como a desigualdade de género e a desigualdade de poder entre gerações, para explicá-la. A par com este modelo mais sociológico/feminista, foi-se desenvolvendo também um modelo clínico assente nos princípios dos sistemas familiares. Este acentua a importância da comunicação e das

dinâmicas relacionais dentro da família. Outros modelos mais clínicos, focalizam-se nas variáveis individuais/psicopatologia associadas aos atores da violência. O debate entre estas diferentes perspetivas tem alimentado a literatura e a pesquisa.

Procurando integrar todas estas variáveis, a OMS (Krug et al., 2002) propõe o Modelo Ecológico na "leitura" e compreensão da violência, nas suas múltiplas facetas (ver Figura 3).

**Figura 3. Modelo Ecológico**
(Krug et al., 2002, p. 12)

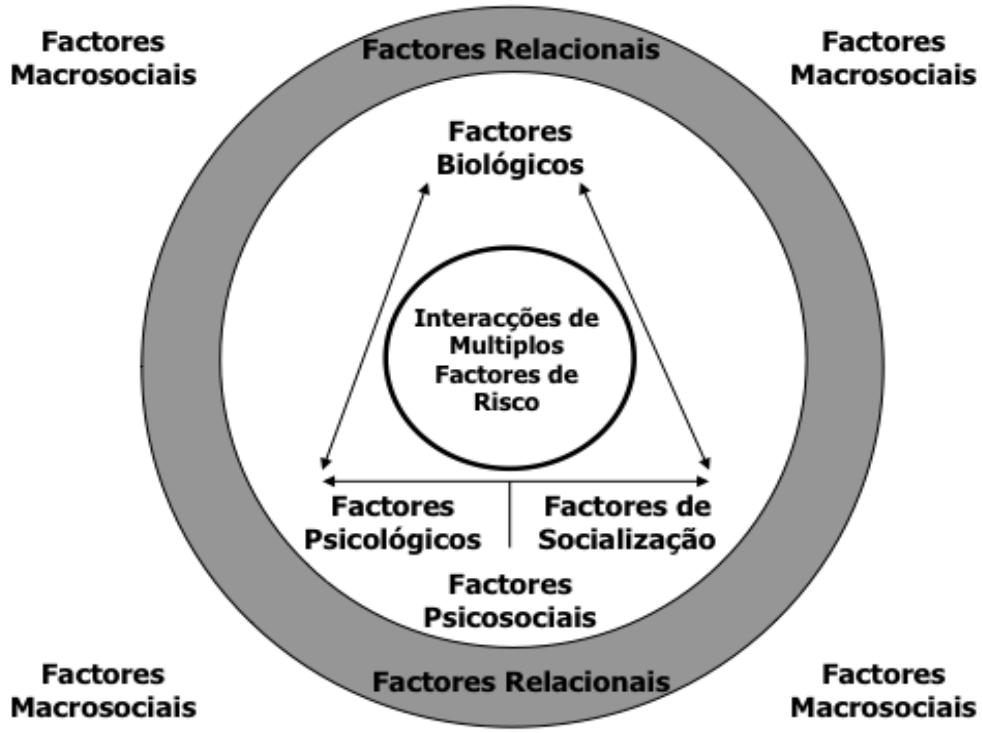



Falamos de um modelo que tem em conta a complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais, onde cada manifestação particular — pela sua continuidade histórico-vivencial ao longo do ciclo vital, pelas suas dimensões transgeracional e intergeracional, pelas narrativas, atitudes, comportamentos e dinâmicas associados, a par com a desesperança, a perda de qualidade de vida e o adoecer — "empobrece" todos os atores sociais nela

envolvidos, e retira às vítimas o direito de afirmarem *o ser livre*[45] *da pessoa*.

O esquema apresentado por Harway e O´Neil (1999), e por nós adaptado, traduz esta complexidade captada pelo modelo ecológico (ver Figura 4).

**Figura 4.**
**Um modelo multivariado para a compreensão da violência**
(Adaptado de Harway & O'Neil, 1999)




O modelo ecológico, inicialmente aplicado aos maus-tratos da criança (final da década de 70) e posteriormente à violência juvenil, foi mais recentemente aplicado à problemática da violência entre parceiros

[45] Ver Barbosa, 1998.

íntimos e aos maus tratos a idosos. Explorando a relação entre os fatores individuais e contextuais, e considerando a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento, retroagindo entre si, este esquema permite-nos pensar nos múltiplos fatores de risco associados a cada situação e nas múltiplas áreas de intervenção, necessárias para fazer face à violência. Desde o nível microssistémico, do indivíduo e da família, ao nível macrossistémico, da ideologia e cultura dominante, passando pelos contextos mais ou menos proximais nos quais a violência se mantém, em cada um destes níveis poderemos encontrar pistas de compreensão para a violência familiar/entre parceiros íntimos, sabendo que nenhuma isoladamente constitui a explicação universal da violência. Conforme refere a OMS (Krug et al., 2002), "a proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e económico" (p. 13). Orientados por este modelo, a intervenção deverá ser multinível, articulada e complementar, com vista à prevenção primária, secundária e terciária da violência. As associações entre a violência e os fatores individuais e os contextos mais amplos sociais, culturais e económicos sugerem que direcionando as respostas aos fatores de risco, nos diversos níveis do modelo ecológico, é possível também contribuir para a redução de mais de um tipo de violência.

A fim de passar do problema para a solução, a OMS recomenda as seguintes linhas de trabalho (Krug et al., 2002):

1. Investir e avaliar intervenções que pareçam promissoras, determinar a relação custo/efetividade dos programas e divulgar informações. Abordagens promissoras são aquelas que foram avaliadas;
2. Prevenir a ocorrência de violência, através de abordagens que visam públicos-alvo considerados potencialmente em maior risco: crianças, mulheres, idosos, pessoas com deficiência;
3. Criar respostas em rede dirigidas aos "atores" sociais envolvidos em situações de violência;
4. A longo prazo investir na reabilitação e reintegração das vítimas;
5. A coleta sistemática de dados sobre a magnitude, o alcance, as características e as consequências da violência, a par com a investigação das causas e dos fatores relacionados à violência.

No sentido de adequar as respostas às necessidades, é fundamental investigar e formar técnicos com competências para intervir na área da violência e capacitá-los para intervir em rede, numa perspetiva multidisciplinar e multissetorial. É esta experiência que passaremos a descrever de seguida.

# 2. Violência Familiar / entre Parceiros Íntimos: uma perspetiva multidisciplinar, multissetorial e em rede na organização dos cuidados

## 2.1. Violência e trabalho em rede: nota introdutória

A emergência da violência num contexto de intimidade – espaço que deveria representar amor, segurança, compreensão, tolerância e realização pessoal – conduz inevitavelmente ao obscurecimento dos princípios básicos da justiça e da igualdade, ao desrespeito pelos valores do fortalecimento da democracia social e dos direitos humanos fundamentais. Falamos de um problema de Saúde Pública e da importância de prevenir e de definir (a curto e longo prazo) estratégias de intervenção adequadas às reais necessidades de cada situação. Falamos de como procurar compreender a sua génese e das repercussões desta problemática no bem-estar daqueles que, "apanhados" neste ciclo, sofrem humilhação e violência, dias após dias, semanas após semanas, durante muitos anos. Falamos de um sistema em crise onde há agressores e vítimas que, a curto e a longo prazo, serão ambos vítimas inevitáveis da violência.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Krug et al., 2002), dada a natureza plurifacetada da violência e as suas complexas raízes, os governos e as organizações relevantes de cada comunidade devem investir, a par com a investigação, na prevenção da mesma. Visando o

fortalecimento da efetividade e da eficácia das intervenções, considera a OMS fundamental a implementação de ações multissetoriais complementares e coordenadas. Neste enquadramento, é importante que os serviços de saúde, o sistema judicial, as forças de segurança, os serviços de apoio social, as escolas, as organizações não-governamentais (etc.), trabalhem juntos para pôr cobro e prevenir futuras vitimações associadas ao problema da violência, no caso presente a praticada por parceiro íntimo. "Historicamente, a tendência dos programas tem sido concentrarem-se num único setor, o que geralmente produz pouquíssimos resultados, como a experiência o tem demostrado" (Mitra, 1998, cit. Krug et al., 2002, p. 111).

Como afirmava Albert Einstein, é a teoria que decide o que podemos observar. Tendo em conta a nossa experiência (Grupo V!!!, Serviço de Violência Familiar, Grupo Violência e Escola), e visando implementar esta visão multidisciplinar e multissetorial defendida pela OMS, importa refletir sobre o que se entende por "crise" e por "trabalho em rede", matéria sobre a qual passamos a apresentar algumas considerações.

## 2.2. O conceito de crise

Embora aparentemente intuitivo, o conceito de crise[46] não é simples de definir. O sentido etimológico da palavra está associado a uma

[46] "Crise" deriva da palavra grega "Krisis", substantivo do verbo "Krino": eu escolho.

situação de julgamento, de escolha, tratando-se portanto de um momento onde se abrem diversas perspetivas. O termo reenvia para uma “encruzilhada”, um “nó”, onde se abrem diversas vias que vão em direções opostas, mas igualmente possíveis: a da regressão e do sofrimento, e a do crescimento e da saúde. A evolução e o destino da crise nascem do encontro histórico dos atores associados à situação de crise com os técnicos e as instituições que a gerem. O modelo teórico-prático subjacente à definição de crise é determinante na conceptualização da estratégia de intervenção a adotar.

A leitura e a compreensão da crise não se pode reduzir a uma mera relação causa-efeito, que posiciona os elementos do sistema em crise em presença de um fenómeno de destruição que lhes é estranho, e pelo qual não são responsáveis, que não tem nenhuma relação nem com a sua vida nem com o contexto em que vivem, privando-os da sua história. Numa matriz deste tipo, qualquer tentativa de compreensão "alargada" dos comportamentos e manifestações do sistema que acompanham a crise é secundária e acaba por se tornar estéril. Com efeito, existem propriedades do conjunto que não podem ser “descobertas” reduzindo o conjunto, o todo, às suas partes. Assim, perante uma situação de crise, é fundamental evitar a definição de estratégias fundamentadas na "teorização do sintoma” e na lei da oferta, por vezes resultado da omnipotência dos terapeutas e associada à sua incapacidade de pôr em causa a confiança cega que têm nos seus modelos de leitura, assumindo-se como os detentores da verdade absoluta. Como refere Watzlawick (1991), "a ilusão mais perigosa de

todas é a de que existe apenas uma realidade. Aquilo que de facto existe são várias perspetivas diferentes da realidade todas resultantes da comunicação e não reflexos de verdades eternas e objetivas" (p.7)

Na história da Medicina verifica-se uma oscilação permanente entre Cós[47] e Cnide[48], uma oscilação entre a crise (terapêutica) – reação final do organismo que resiste à doença, onde a intervenção terapêutica se limita a favorecer o aparecimento dos fenómenos críticos –; e a crise (patológica) – expressão de um processo desagregador, onde a intervenção terapêutica visa reparar os estragos e facilitar a regeneração do equilíbrio preexistente. Em Psiquiatria a crise retoma esta dupla conceção: a crise psicoevolutiva/ psicogenética[49] – inserida numa trajetória histórica da pessoa, onde as manifestações representam crises de crescimento, um fenómeno

[47] Para Hipócrates, e mais tarde Galeno (Escola de Cós), a crise e as manifestações da crise não são sinais de doença, mas sim sinais de resistência contra a doença. As excreções e evacuações abundantes representam, segundo a teoria dos humores de Hipócrates, o escoamento purificador dos maus humores, que vencidos abandonam o corpo do doente. A intervenção terapêutica (clisteres, sangrias, punções…) visa favorecer o aparecimento de fenómenos críticos. A crise é salutar por definição: crise-cura/crise-terapêutica.

[48] Em França, para Paracelso e François Broussais (Escola de Cnide), quase contemporâneos da Escola de Cós, a crise e as manifestações que a acompanham são sintomas do processo mórbido, partes integrantes da doença, expressões diretas de uma lesão do organismo. A intervenção terapêutica visa reparar os estragos e facilitar a regeneração do equilíbrio preexistente. A crise representa um fenómeno desagregador: crise-doença/crise-patológica.

[49] O processo de desenvolvimento da personalidade, da infância à idade adulta, evolui através de vários estádios de transição, marcados por manifestações críticas — crises de maturação— que condicionam o (re)nascimento de um homem novo. A crise surge inserida numa trajetória histórica da pessoa. As crises psicóticas poderão, neste quadro de referência, e nos limites desta conceção, ser interpretadas como tentativas dolorosas de crescimento, cuja anormalidade depende essencialmente do seu anacronismo relativamente a um processo psicogenético que foi retardado ou parado e que deve retomar o curso interrompido.

maturacional –; e a crise patológica[50] – fenómeno que quebra violentamente a trajetória histórica da pessoa, onde as manifestações traduzem a expressão sintomática e negativa de uma agressão que desagrega a vida psíquica.

Partindo do paradigma sistémico, o conceito de crise apresenta também uma dupla tendência: (a) a crise "sintoma", expressão da patologia[51], e que visa manter a rigidez homeostática do sistema, e (b) a crise, tendência evolutiva[52], sustida por uma interação circular contínua de *feedbacks* negativos e positivos, onde o sistema nunca é

---

[50] A crise representa um acontecimento heterogéneo relativamente ao percurso do sujeito. As manifestações traduzem a expressão sintomática e negativa de uma agressão que desagrega a vida psíquica. A crise representa um fenómeno que quebra violentamente a trajetória histórica da pessoa, como se um "corpo estranho" se tratasse, devendo ser eliminado. O modelo médico-psicológico da doença mental privilegia este segundo modelo na abordagem da doença. Considerando o doente em crise como um mecanismo que foi entravado no seu funcionamento, preso num fenómeno de destruição que lhe é estranho e de que não é responsável, onde não existe nenhuma relação com a sua vida, priva-o da sua história. Tentar compreender os comportamentos e as manifestações da crise representa um trabalho estéril, pois por definição não podem ser assimilados a nenhuma história.

[51] No modelo homeostático, adotado pelos primeiros terapeutas familiares, as famílias disfuncionais eram encaradas como sistemas dotados de uma autorregulação que tinha a tendência a neutralizar, por retroações negativas, toda e qualquer modificação do sistema, e a conservarem a homeostasia interna com rigidez. A tónica é posta na homeostasia, subestimando a tendência à evolução e à mudança dos sistemas humanos. Ao descrever estes sistemas como repetitivos e estáveis, perde-se de vista na evolução da crise o fator tempo, não havendo passado nem futuro, condenando o sistema a ser sempre semelhante a si próprio, "des-historizando-o". Embora com premissas epistemológicas diferentes, neste modelo encontramos relações com o modelo médico da psiquiatria tradicional: a evolução do fenómeno-crise exprime uma resistência à mudança e a novas formas de organização.

[52] Para Howe e Von Foerster (1974), no quadro de referência do modelo evolutivo e no domínio epistemológico da cibernética de segunda ordem, a intervenção nas situações de crise tem como principais objetivos ajudar a ultrapassar o estado de sofrimento, pela ativação de um processo de mudança e crescimento onde todos são corresponsáveis.

estável em si mesmo, pode evoluir para estados estacionários, diferentes e imprevisíveis. É precisamente esta indeterminação dos resultados, e as potencialidades múltiplas inerentes à sua evolução, que constitui a essência da crise.

Para compreender a crise que se instala num sistema (casal, família), o sentido da sua definição, a direção do seu destino, é importante conhecer o "sentido sistémico" da sua história e a história da relação dos "ator(es)" sociais(l) envolvido(s) com o terapeuta.

Como passar da teoria à prática? Visando alcançar os objetivos referidos, é importante ter em conta, quando abordamos situações de violência, que estão em causa significações, relações e contextos onde:

- A questão não se pode colocar dicotomicamente entre "bons e maus" ou entre "culpados "e inocentes";
- É necessário mudar mentalidades, valores e preconceitos, com vista à sua prevenção;
- As leituras lineares e causalistas aumentam a ineficácia das intervenções;
- A complexidade e especificidade de cada situação implicam, necessariamente, uma intervenção multidisciplinar, apoiada na colaboração e numa ampla gama de competências profissionais;
- A multideterminação e a multidimensionalidade que lhe estão associadas implicam, inevitavelmente, uma intervenção centrada nos subsistemas: indivíduo, família, redes primárias, secundárias e suas dinâmicas interacionais;

• A nível da equipa e das instituições, importa ultrapassar toda e qualquer atitude compatível com as síndromes da "empurroterapia" e da "burocratização", e investir numa visão integrada e integradora nas estratégias a adotar, a par com o reforço de condições facilitadoras da acessibilidade, continuidade e personalização dos cuidados;

• É importante desenvolver cada plano de ação tendo em conta o seu potencial para fortalecer a família: a mobilização individual, familiar e social, o espaço de denúncia e a responsabilização dos intervenientes;

• A multiplicidade de instituições intervenientes e a relevância do desenvolvimento de condições facilitadoras à implementação de uma ação coletiva, reforçam a importância de implementar redes comunitárias de cooperação multissetorial, a par com a formação dos técnicos e a consultoria e supervisão das equipas;

• Importa avaliar sobre o cumprimento das estratégias e medidas definidas e redefini-las sempre que for necessário.

Tal modo de atuação, nem sempre fácil de implementar na prática, exige de quem o pratica plasticidade suficiente para se sujeitar a uma avaliação contínua e, consequentemente, estar mais facilmente sujeito às frustrações e ansiedades concomitantes. A resistência à mudança – associada à rejeição da quebra da omnipotência, até aí "alimentada" por uma visão de poder centrada na Instituição e nas "certezas" dos técnicos – poderá condicionar a intervenção em silo, uma prática potenciadora, entre outros aspetos: da rigidez quanto às normas, regras, critérios no desenvolvimento de programas e intervenções; da pouca conexão entre serviços; da fragmentação dos cuidados e da

avaliação dos mesmos; da sobreposição de objetivos e intervenções; de áreas sem resposta por falta de planeamento; da fragilização d@ utente, sujeito do conjunto de intervenções, que poderá mesmo chegar a abandonar o "campo" onde decorre a intervenção, ficando assim mais exposto à vitimação. Quando avaliada retrospetivamente, podemos verificar que a intervenção em silo representa mais um "contributo" para reforçar a expectativa ilusória de mudar alguma coisa para não mudar nada. Mas não é isto que pretendemos.

Com o objetivo de ajudar a construir cada intervenção, não em função do que cada um julga serem as necessidades dos outros, mas sim com base naquilo que os outros deixam "ler", é essencial entender o processo de socialização e o sentido da existência, individual e coletiva, de quem sofre. Torna-se, assim, fundamental defender a corresponsabilidade na "comudança" dos sistemas. Importa pois implementar um espaço multidisciplinar e multissetorial associado a um tempo de partilha, onde é importante que todos saibam de tudo, todos tenham igual responsabilidade e assegurem a transparência. Falamos da "intervenção em rede", estratégia capaz de romper o isolamento das pessoas e das organizações, evitar a duplicação de ações e viabilizar a realização de atividades integradas.

## 2.3. O papel das redes sociais de suporte na crise

Historicamente a origem do conceito de rede remonta ao início deste século, provindo do sociólogo Simmel e da Escola Alemã de

Sociologia. Contudo, é ao antropólogo John Barnes a quem que se atribui, geralmente, o mérito de ter publicado o primeiro estudo[53], que despertou a atenção sobre a existência de redes sociais e da influência exercida por estas sobre os fenómenos que se desenrolam na sociedade. Mas o que é uma rede social?

Existem vários modos de perceber a sociedade e de a descrever. Segundo a sociologia positivista, as redes poder-se-ão considerar estruturas mais ou menos bem definidas, imbricadas umas nas outras, segundo modalidades mais ou menos complexas, que englobam os diferentes "atores" que constituem a sociedade: classes sociais, instituições, grupos de natureza variada, etc. Mudando o enfoque, poder-se-ão agora considerar não as estruturas mas os "atores", quanto ao modo como estes últimos pensam, modificam e modulam as estruturas sociais, através das relações interpessoais que o acaso ou não vai estimulando. De um modo geral, é este sistema de ligação, que une os diversos "atores" sociais, que vários autores denominam redes sociais. Para Jean-Luc Lacroix (1990), a maior parte dos autores concordam que as redes são feitas de pessoas e de relações, constituindo um sistema onde se considera a pessoa no seu ambiente e se reconhece que o comportamento humano é, ao mesmo, tempo função da pessoa e do seu ambiente.

Uma série de estudos demonstram o papel importante das redes sociais na atenuação ou prevenção das doenças físicas e problemas de

[53] Barnes, J. (1954). Class and committies in a norwegian island parish. *Human Relations*, 7, 59-72.

adaptação psicológica. Para Camile Bouchard (1981, p.15) os estudos epidemiológicos e ecológicos concordam que a rede social se apresenta como um elemento importante da qualidade de vida. Neste contexto, e atendendo à importância das redes sociais e das relações interpessoais na nossa saúde mental, as redes de cada indivíduo são recursos disponíveis a ter em conta nas situações de crise, quer como eventuais elementos explicativos das dificuldades de cada indivíduo, quer como recursos disponíveis e facilitadores para uma eventual solução de algumas das dificuldades/necessidades apresentadas. Segundo Collins e Pancoast (1976, p.65), a resolução de uma situação de crise num indivíduo, depende largamente da capacidade de ajuda das suas redes, no momento em que a crise emerge.

Na prática, importa ter em conta as dificuldades inerentes à operacionalização do conceito de rede. Como sublinhava Noble (1973), as dificuldades na análise das redes sociais são numerosas: dificuldades de especificar o que se entende por ligação entre as unidades sociais, concebidas estas no tempo e no espaço; dificuldades em recolher dados objetivos sobre as interações, etc. A fim de tentar colmatar algumas destas dificuldades, atendendo à multiplicidade de aspetos a considerar, torna-se necessário definir os elementos da realidade que se pretendem "objetivar". Tendo sempre presente no espírito os limites impostos por uma definição assim adotada, quanto à significação dos fenómenos que se pretendem estudar, podemos classificar as redes em primárias e secundárias, e estas últimas em formais e não formais.

De notar que a rede social pessoal de cada um de nós é um contexto dinâmico e suscetível de mudar com o tempo. Como vários estudos demostram, as redes mudam em função do contexto no qual vivem os indivíduos e das escolhas pessoais que estes fazem entre as diferentes relações que lhe são "oferecidas".

**Redes Primárias**

As redes primárias formam a trama de base da sociedade e o lugar de inserção do indivíduo. De um modo geral, denominam-se redes primárias as entidades coletivas onde todos os membros se conhecem uns aos outros; são constituídas sobre uma base afetiva ou de afinidades, entre os indivíduos considerados, e não sobre uma base de relações estritamente funcionais ou comandadas por estruturas sociais formais. É este o nível mais significativo da produção do social pela interação individual/coletivo. A formação destas redes pode ser favorecida pela existência de instituições que contribuem para pôr em contacto os indivíduos, uns com os outros, originando o nascimento de laços entre eles (por ex.: o local de trabalho poderá ser o local onde se criarão laços entre os colegas).

**Redes Secundárias**

As relações estabelecidas a partir das instituições sociais têm características um pouco diferentes daquelas que caracterizam as redes primárias. A sua principal particularidade é o serem constituídas com

vista a responderem a exigências de natureza funcional. Por isso, os laços estabelecidos entre os indivíduos que as integram são essencialmente de natureza funcional. De acordo com o seu nível de estruturação, e o tipo de serviços a que se destinam, podem dividir-se as Redes Secundárias em formais e não formais.

**Redes secundárias formais -** São redes formadas pelas instituições sociais e têm existência oficial; apresentam-se estruturadas de uma forma precisa; têm como objetivos desempenhar funções específicas ou fornecer serviços particulares (ex.: um hospital, uma empresa de produção de bens materiais, uma escola, constituem com a sua clientela, através da sua estrutura interna, redes secundárias formais). As relações sociais subjacentes a estas redes são relativamente estáveis e estruturadas segundo normas precisas, determinadas não tanto pelos indivíduos em si mesmo, mas pelos papéis e funções que lhes são atribuídos. Têm um "aspeto" rígido e formal, que está sempre presente, mesmo que uma rede primária esteja subjacente.

**Redes secundárias não formais -** Tal como as precedentes, têm um papel essencialmente funcional. Contudo, não possuem o contexto oficial das primeiras e, sobretudo, não consagram a divisão rígida de papéis entre os que fornecem serviços e aqueles que os recebem, nem entre aqueles que decidem os serviços a fornecer e aqueles que deles os beneficiam. São redes que nascem com vista a satisfazer as necessidades específicas da própria rede (por ex.: um grupo de mães, de um mesmo prédio, que se agrupa para assegurar em *roulement* a guarda dos seus filhos). Representam iniciativas das redes primárias

que visam partilhar recursos ou elaborar um local de suporte coletivo, com vista à resolução de dificuldades comuns, sem que os serviços fornecidos pelo "reagrupamento" assim criado, ultrapassem os limites deste e adquiram um *status* verdadeiramente institucional. As redes secundárias não formais são habitualmente menos estruturadas e menos duráveis que as instituições formais; funcionam com grupos mais restritos e, por outro lado, são mais suscetíveis de serem melhor adaptadas às necessidades para as quais são criadas, pois emanam diretamente dos indivíduos que experienciam essas necessidades. É a este tipo de redes que fazem referência a maioria dos autores que estudaram a questão da utilização preventiva ou terapêutica das redes sociais, com vista à abordagem dos "problemas" psicossociais.

Como vimos, (a) as redes primárias, menos estruturadas e mais frágeis, representam teoricamente a “estrutura” onde se definem e se elaboram as mais diversas necessidades, determinando as modalidades de redes secundárias a criar e os serviços que estas devem fornecer; (b) as redes secundárias surgem como as responsáveis pela produção de serviços com vista a responder a essas necessidades. As redes secundárias não formais são, simultaneamente, "fornecedores" e "consumidores" dos serviços que produzem, e as redes secundárias formais são essencialmente "fornecedores" de serviços**.**

Se até este momento, por uma questão de facilidade de exposição, poderá ter ficado a falsa ideia de que as diferentes redes são blocos ou unidades homogéneas, distintas umas das outras, a realidade é precisamente o inverso. Os indivíduos pertencem geralmente a várias

redes. Como já vimos anteriormente, o *rapport* que se estabelece entre elas poder-se-á traduzir através de um efeito reforçador mútuo, com vista à concretização de objetivos comuns, como no exemplo seguinte: a eficácia de uma equipa de saúde pode encontrar-se acrescida pela formação de uma rede primária de afinidades, quer na própria equipa quer com outras equipas com que se articule.

Quando abordamos situações de violência — com vista a garantir, teoricamente, uma abordagem global do indivíduo e do seu meio — é fundamental, como já anteriormente referimos, uma perspetiva multidisciplinar e multissetorial, associada ao trabalho em rede. Contudo, na prática, a tendência a instalar-se pouco a pouco uma divisão do trabalho leva a que a "situação-problema" e os "atores" envolvidos sejam referenciados a diferentes disciplinas e setores, que, não trabalhando em rede, potenciam vias paralelas de intervenção e uma cisão da mesma.

Com efeito, no seu ponto de articulação, as várias dimensões do "problema" são descodificadas em termos diferentes — quando se trata de abordar, por exemplo, o psíquico, o social, o biológico, o judicial — pois cada classe de interventores, e cada interventor, partindo do seu próprio sistema de "valores", elabora a sua intervenção em função destes. Por sua vez, a Instituição, portadora de um "mandato" e de uma "visão" da sociedade, agindo segundo uma conceção normalizante do indivíduo e das suas condições de bem-estar, reforça ainda mais esta leitura, tornando ilusórias as mudanças inscritas nos objetivos a que se propunha.

Em resumo, a conceção mecanicista da resolução da situação de violência leva a que as necessidades identificadas e as soluções apresentadas representem, na prática, um conjunto de imperativos tecnocráticos, onde problemas e soluções específicos chamam a si saberes específicos (“empurroterapia”). Reforçando as relações de poder entre técnicos/instituições e os seus utilizadores, a ligação que prevalece não é fundamentada nas necessidades de quem solicita ajuda, mas sim em função de uma conceção clivada do indivíduo e do coletivo e das reais necessidades desse mesmo indivíduo. A fim de procurar evitar tal situação, é fundamental a adoção de uma atitude mais realista, liberta da "máscara" de detentores de soluções, que privilegie a solidariedade e interdependência, a renúncia a uma lógica diretivista e procure, respeitando o ritmo e as etapas do desequilíbrio, o reequilíbrio. Assim, torna-se necessária uma mudança de estratégia e de atitudes por parte das instituições e dos seus técnicos, que não se caracteriza mais em termos de condições sociais, de mecanismos intrapsíquicos, de relações familiares ou de qualquer um outro conhecimento específico, mas sim como um todo em simultâneo, em que as inter-relações são um eixo do mesmo trabalho. Como primeiro movimento, impõe-se "sair dos gabinetes" e, através da inscrição de uma presença quotidiana nas redes em que se intervém, procurar favorecer a "construção" de alternativas à intervenção institucional, tornando tal processo explícito. Esta nova atitude implica necessariamente opções diferentes e uma mudança de perspetiva “espacio-temporo”, a que não serão alheias, entre outras, as resistências de uma Instituição habituada a considerar todos os

"pedidos" que lhe são feitos sob a sua alçada, e as próprias resistências da rede em que se intervém, que ao aceitar a atitude normalizante da instituição vê nela o "filtro mágico" dos seus "problemas".

Quebrando a "máscara" melhor se poderá entender o processo de socialização de cada indivíduo e o sentido da sua existência, individual e coletiva, o que ajudará a "construir" cada intervenção não em função do que cada um julga serem as necessidades dos outros, mas sim com base naquilo que os outros deixam "ler". Tal modo de atuação, nem sempre fácil de pôr em prática, exige de quem o pratica:

- **Plasticidade** suficiente para se sujeitar a uma avaliação contínua;
- Gestão, nas redes onde intervém, da **quebra da omnipotência institucional**;
- Capacidade para **estar mais facilmente exposto a sentimentos de impotência** e à frustração e ansiedade concomitantes;
- Promoção da **livre circulação de informação**, das mensagens e dos sentimentos nos seus *rapports* endógenos e exógenos;
- **Oferta de uma presença a toda a prova**[54], isto é, imersão no mundo subjetivo do outro partilhando a sua experiência sem se deixar "sufocar". (Autenticidade e respeito pelo ritmo da rede representam duas características fundamentais para manter esta presença);
- **Autenticidade** – ser autêntico pode-se traduzir pela não adoção de atitudes "mascaradas", isto é, que não têm significação real ou não traduzem as convicções profundas de quem as toma;

[54] Esta atitude, nem sempre fácil de manter atendendo às resistências encontradas, torna-se por vezes insustentável sendo mais fácil abandonar a rede.

• **Respeito pelo ritmo da rede** - deve-se respeitar o ritmo da rede e não procurar acelerá-lo, exceto em situações em que existe uma violência expressa, que se reveste de uma gravidade tal que necessita de intervenção urgente;

• **Relação humanizante e de confiança** que privilegie o indivíduo e o seu coletivo e não o problema. (Privilegiando a situação-problema tem-se uma visão estática desta, dá-se uma resposta do mesmo tipo, e reforçam-se as resistências e os condicionamentos anteriores);

• **Capacidade de agir no presente e de integrar as experiências vividas**, ultrapassando bloqueios criados pelas angústias vivenciadas no passado ou pelas apreensões relativamente ao futuro. Tal é possível quando se favorece o debate das contradições — com vista à emergência de uma nova *síntese*, onde as diferenças coexistam — de forma a ajudar a rede a adquirir uma visão mais relativizada das suas vivências.

Quando na configuração das relações interpessoais surge a possibilidade de conflitos e tensões dentro de uma mesma rede, o que virá a influenciar o relacionamento entre as diversas redes, é também importante ter em conta estes aspetos de modo a tornar possível a emergência de um projeto coletivo, sem necessariamente resolver estes conflitos ou fazer desaparecer todas estas tensões. Dito de outro modo, parece importante afirmar que, na prática, logo que surgem desacordos, mas os níveis de *rapport* são claros, a capacidade de resposta a estes resulta do facto desta surgir, não a partir de uma abstração, mas de uma prática que privilegia a autenticidade, o

respeito, a estima, a compreensão, a humildade e a sã afirmação, quer o resultado dos *rapports* seja complementar ou simétrico.

Colocando agora o enfoque ao nível organizativo dos serviços, o trabalho em rede coloca vários problemas de gestão, aquando da sua implementação, que importa ter em conta, como por exemplo: o horário de trabalho, a setorização territorial, o levantamento da área e, sobretudo, as modalidades de avaliação das ações desenvolvidas.

## 2.4. Intervenção em rede: da linearidade à circularidade

Como nos dizem Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), "tal como o movimento só pode ser compreendido em relação a um ponto de referência, também a experiência humana da realidade só pode ser percebida se a virmos como uma relação". Neste enquadramento, o terapeuta é em simultâneo observador e observado. Enquanto observador descreve e explora o sistema que observa, mas enquanto observado contribui para a "construção" da realidade, pois faz parte dela. Assim, uma descrição do sistema não pode nunca ser uma representação inteiramente "objetiva" da realidade, uma vez que inclui também a parte subjetiva, que é a contribuição do terapeuta para a sua construção. O sistema terapêutico é pois, do princípio ao fim da intervenção, o resultado de uma coconstrução, onde, como afirma David B. Morris (2000) "há poucas formas mais claras de exprimir desrespeito por outras pessoas do que não ouvir aquilo que dizem. A decisão de não ouvir contém um juízo implícito sobre o valor — não

só o valor daquilo que se prevê que vai ser dito, mas, em última análise, o valor que se atribui à pessoa que se julga não valer ouvir. Quando fazemos orelhas moucas… quebramos a comunhão, eliminamos aquele que fala do nosso campo de ação".

Colocando agora o enfoque na rede primária do utente, e no pedido de ajuda no interface com a rede secundária e a resposta desta, que estratégias adotar com vista a privilegiar uma "construção a dois"? Como já atrás foi referido, existe no mundo de hoje uma tendência para a inversão do *rapport* entre as redes primárias e secundárias. Isto é, a oferta é que condiciona a procura e não o contrário. Tal atitude traduz, em certa medida, a tendência de um sistema sociopolítico que gerindo as instituições, segundo a lei da oferta e da procura, acentua um desequilíbrio de forças no qual as instituições determinam a procura e @s utentes condicionam-se à oferta.

No caso da violência, os serviços que representam potenciais interfaces com estas situações, em especial os serviços de saúde, têm um papel importante na quebra do ciclo da violência, assim como na prevenção, e os cidadãos em geral, no mínimo, na sinalização[55]da mesma. Torna-se assim fundamental que os serviços promovam e reforcem junto das redes primárias, a par com a divulgação de informação sobre a temática da violência, a ideia-força de que a mudança não é o resultado de uma relação causa- efeito, onde o papel normalizador dos serviços resolve a situação, mas é sim o resultado de

[55] A violência doméstica é crime público. Qualquer cidadão que dela tenha conhecimento a pode (deve) denunciar.

uma co-construção (uma comudança), onde profissionais, utentes e respetivas redes de suporte têm um papel importante na eficácia da intervenção e na prevenção de futuras violências. A aplicabilidade de tal projeto implica a libertação do indivíduo que sofre de um estádio de dependência para um outro, que privilegie a autonomização da sua matriz de origem. Importa contudo referir que, a concretização de tal objetivo é por vezes dificultada pela existência de forças que tendem a agir em sentido contrário, quer nas redes primárias quer nas secundárias (no seu conjunto formam a rede social pessoal de quem pede ajuda)[56].

Vejamos o seguinte exemplo: a "quebra do ciclo da violência", apenas pela implementação de uma medida judicial é, no imediato, uma solução, mas que na prática responsabiliza unicamente o agressor pelo processo de mudança. Neste enquadramento com que papel fica a vítima? E a família alargada? E os vizinhos? E os amigos? E os serviços de saúde? ... A visão linear da mudança, a par com a externalização do problema, conduz a situações que, dependendo do "observador", se poderiam traduzir como o exemplo que passamos a apresentar:

• O **agressor** responsabiliza a vítima pela situação de violência e culpabiliza-a pela intervenção do sistema judicial, procurando cumprir com a medida/pena a que foi sujeito para "não ter mais problemas";

[56] Para Speck e Attneave (1990, cit. Guadalupe, 2001), a rede social pessoal representa "o campo relacional de uma pessoa". Segundo Sluzki (1996, cit. Gaudalupe, 2001), "é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade".

• A **vítima** refere que apenas pretendeu pôr cobro à situação de violência e, por esse motivo, solicitou ajuda ao sistema judicial; pretende manter no futuro o relacionamento com o agressor, esperando que a estratégia implementada pelo sistema judicial "o torne um homem diferente";

• As **redes de suporte** responsabilizam o agressor pela mudança e o sistema judicial pelo cumprimento da estratégia que irá por cobro à situação de violência;

• O **sistema judicial** responsabiliza o agressor pela mudança;

• O **agressor** responsabiliza a vítima pela situação de violência;…

Este círculo, que se fecha em torno de si mesmo, não atinge a circularidade sistémica que o conduziria à dimensão da "espiral", acabando por se tornar uma estratégia que a vítima, a rede primária e secundária (do casal/família), e até mesmo o agressor, aceitam como solução, esquecendo que a eficácia da mudança assenta numa coconstrução que tem subjacente uma "comudança". Os estudos demonstram que uma intervenção deste tipo está mais facilmente associada a futuras situações de violência, do que uma intervenção assente numa perspetiva multidisciplinar, multissetorial, em rede, onde é possível favorecer a capacidade de negociação dos "contrários", visando uma nova orientação em relação aos eixos individual-coletivo e dependência-autonomia.

Quando é expresso por alguém um pedido de ajuda, é fundamental que a instituição, em vez de adotar uma atitude normalizante, valorizando exclusivamente o sintoma, procure "reconduzir" esse

alguém para o coletivo de que faz parte (eixo individual-coletivo). Isto é, para a rede social pessoal dos atores associados à situação de violência. De acordo com a nossa experiência no Serviço de Violência Familiar, se no início a procura de ajuda estava centrada no "sintoma", por exemplo nas dificuldades/necessidades da vítima de violência doméstica, ao alargarmos a discussão, envolvendo a rede de suporte, o pedido de ajuda é reenquadrado.

Nesta nova "matriz" comunicacional, potenciadora da metacomunicação, emerge a partir do efeito de rede, uma coletivização na procura de soluções para ultrapassar a situação-problema, com eventuais repercussões positivas (quase imediatas, por vezes) nas atitudes e comportamento do agressor e até mesmo ao nível das redes secundárias envolvidas, como são exemplos o setor da saúde, o setor laboral, a escola dos filhos do casal, a CPCJ (quando envolvida), prevenindo:

- A fragmentação dos cuidados;
- As consequências resultantes da pouca conexão entre serviços;
- A rigidez quanto às normas, regras, critérios e desenvolvimento de programas (pois exige uma avaliação contínua);
- As divergências associadas à sobreposição de objetivos e intervenções;
- A centralização das decisões, informações e recursos;
- O reforço da verticalidade e das hierarquias e dos poderes decisórios;
- A "fragilização" do utente — SUJEITO do conjunto das intervenções.

Tendo em conta o que foi anteriormente referido, importa que a instituição e o utente/rede primária, não se inscrevam numa posição tal, que uma seja alienante na sua oferta de serviços e a outra alienada na sua procura de ajuda (eixo dependência-autonomia). Com efeito, os técnicos, assumindo o papel de detentores de um saber privilegiado tendem, num primeiro momento, a alienar a **procura de ajuda** às **condições da oferta**. Nesta perspetiva há que favorecer e investir ao nível institucional na emergência de alternativas capazes de remeter às redes primárias todo o seu potencial de saber prático, e nas redes secundárias a emergência de tal saber. Este movimento, atendendo que reforça na vítima a sua competência, previne simultaneamente a revitimização.

Em síntese, poder-se-á dizer que um projeto de intervenção em rede visa reforçar nas **redes primárias** a sua dimensão coletiva e o seu poder de conhecer e regular os seus próprios problemas; e ao nível das **redes secundárias** transcender uma postura fundamentada na "teorização do sintoma " e na lei da oferta, através de uma mudança de atitude em que o interventor mais do que mero observador das redes primárias é também "ator", ao mesmo tempo que procura no dia a dia dar resposta aos pedidos de ajuda que lhe são dirigidos, a partir da reflexão contínua da sua prática.

Como diz Richard Rousseau "*a rede revela-se ao interventor na medida em que as suas ações e atitudes favorecem a emergência do discurso do meio*".

Vejamos alguns exemplos práticos de iniciativas na região de Coimbra que procuram reproduzir os princípios anteriormente enunciados.

## 2.5. Violência familiar e trabalho em rede: a experiência da região de Coimbra

Antes de entrarmos na parte II, onde iremos abordar a estratégia proposta no SARAR, algumas breves notas sobre a história da nossa rede em Coimbra e de algumas iniciativas a que está associada, entre as quais se inclui a candidatura ao POPH, que viria a dar origem ao Projeto de Intervenção em Rede 2009-2012 (PIR), que compreende o presente manual. E porquê esta nota? Como já referi anteriormente, a violência é uma problemática de saúde pública que pode ser prevenida. Considera-se fundamental, ao nível da intervenção, uma perspetiva multidisciplinar, multissetorial, em rede, na organização dos cuidados. A organização que passo a apresentar, muito resumidamente[57] reflete as estratégias que temos vindo a adotar na prevenção e combate à violência familiar/entre parceiros íntimos.

Tendo em conta que neste manual colocamos o enfoque nos Serviços de Saúde, "porta de entrada" na rede de cuidados no âmbito da problemática da violência, neste subcapítulo sobre o trabalho em rede

[57] No livro "Sem Violência Doméstica. Uma experiência de trabalho em rede" (abril, 2012), iniciativa associada ao PIR, poderá encontrar mais informação sobre o Grupo V!!! e sobre o Serviço de Violência Familiar do Hospital Sobral Cid – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

("Da Teoria à Prática") apenas faremos aqui uma breve alusão aos serviços de saúde e ao seu papel na rede. No subcapítulo "Referenciar", da parte II, voltaremos novamente a falar do papel dos Serviços de Saúde e abordaremos o papel dos outros setores da comunidade (por ex.: Sistema Judicial, PSP, GNR, DGRS, CPCJ,...) que habitualmente estão associados à intervenção em situações de violência.

### 2.5.1. "GRUPO VIOLÊNCIA: INFORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO, INTERVENÇÃO"

O "Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção" (Grupo V!!!) nasce formalmente em Coimbra, em 2002, tendo como principal objetivo investir na prevenção da violência, colocando o enfoque, à altura, na "violência doméstica".

De registar que, antecedendo a formação desta rede, várias iniciativas decorriam na nossa região, visando responder à problemática da violência no contexto familiar: o Núcleo de Coimbra do Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC)[58]; a Sala de Atendimento e

[58] Iniciativa conjunta dos Ministros da Justiça, da Saúde e do Emprego e da Segurança Social (Resolução do Conselho de Ministros nº 32/92). O PAFAC tinha como objetivos prioritários: detetar as situações de crianças maltratadas; proceder ao diagnóstico das disfunções familiares que motivaram os maus-tratos à criança, a remeter por relatório, nos termos da legislação aplicável, às entidades competentes; (d) desenvolver as ações necessárias de modo a fazer cessar a situação de risco para a criança. De registar que, vários dos profissionais que integravam a equipa do PAFAC nos anos 90, integram atualmente o grupo de trabalho da Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais (EMAT), do Instituto da Segurança Social, IP – Centro Distrital de Coimbra.

Apoio às Vítimas de Crime na PSP; o Gabinete de Coimbra da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV); o "Grupo Vidas", a que a Fundação Bissaya Barreto estava associada; e o "Fórum: Qualidade, Vida e Saúde ao longo do Ciclo Vital", iniciativa da Saúde[59], cuja primeira sessão abordou a problemática da violência na família ao longo do ciclo vital[60].

Atualmente integram o Grupo V!!! as seguintes instituições e profissionais[61]:

**Administração Regional de Saúde do Centro:**
Dr. Fernando Gomes (Médico de Família); Drª. Mª José Hespanha (Médica de Família).

**Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social do Distrito de Coimbra:**
Drª. Emília Santos (Assistente Social); Drª Anabela Fernandes (Assistente Social).

[59] Este fórum nasce de uma iniciativa do Hospital Sobral Cid, da Subregião de Saúde de Coimbra, do Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes, em Alfarelos- Soure, em parceria com o Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil, do C.H.C., a Associação Fernão Mendes Pinto, os Municípios da Figueira da Foz, Montemor-o-Velho e Soure, a Polícia de Segurança Pública, o Serviço Distrital do Instituto de Solidariedade e Segurança Social do Centro.
[60] Ler mais no site do Grupo V!!! em www.violencia.online.pt
[61] De registar que, em dezembro de 2011, foram assinados acordos de cooperação com a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental (SPESM), com a Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC) e com a empresa informática M&A Digital.

**Centro Hospitalar de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

**- Dep. de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Pediátrico**: Drª. Beatriz Pena (Pedopsiquiatra); Drª. Anabela Fazendeiro (Psicóloga).

**- Serviço de Urgência do Hospital Geral:** Dr. José Manuel Almeida (Cirurgião); Drª. Maria João Frade (Neurocirurgiã)

**Delegação de Coimbra do Instituto de Medicina Legal:**
Drª. Rosário Lemos (Médica Legista).

**Departamento de Investigação e Acção Penal – Coimbra:**
Drª. Paula Garcia (Procuradora da República).

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Univ. de Coimbra:**
Prof. Doutora Madalena Alarcão (Psicóloga); Prof. Doutor Rui Paixão (Psicólogo).

**Fundação Bissaya Barreto:**
Drª. Fátima Mota (Assistente Social).

**Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra – APAV:**
Drª. Natália Cardoso (Jurista).

**Guarda Nacional Republicana – Coimbra:**
Cabo Chefe Vitor Simões.

**Hospital Sobral Cid – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra:**
Dr. João Redondo (Psiquiatra); Drª. Luísa Rosa (Psiquiatra).

**Instituto Nacional de Emergência Médica:**
Drª. Sara Rosado (Psicóloga); Drª. Jacinta Gonçalves (Psicóloga).

**Polícia de Segurança Pública de Coimbra:**
Chefe Manuel Jesus; Agente Graça Tejo.

Trata-se de uma rede com as características das redes secundárias não formais, resultado da convergência de um grupo multidisciplinar e multissetorial de técnicos que, no terreno — antecedendo a formação do grupo — já trabalhavam com a problemática da "violência doméstica", e que acreditaram que poderiam fazer mais e melhor relativamente às problemáticas associadas à violência, colocando inicialmente o enfoque na VD. Como afirmam Lipnack e Stamps (1994), nas redes, o propósito[62] desempenha papel da coordenação, tradicionalmente cumprido pelo comando e o controle centralizados. "A força do propósito mantém a coesão entre os participantes (...), unifica elementos díspares, atuando como se fosse uma força centrífuga. O propósito substitui os adesivos tradicionais (…) a coerção hierárquica e as instruções escritas da burocracia (...). Diante de mudanças rápidas, os mecanismos tradicionais de controlo causam tropeços. O propósito fornece contexto para a ação" (Lipnack & Stamps, 1994).

Visando garantir a horizontalidade do sistema, assumimo-nos como pares, e os princípios e valores subjacentes ao trabalho do nosso grupo assentam, entre outros aspetos, na cooperação, na democracia, na

[62] Quando um conjunto de pessoas decidem integrar uma dinâmica de rede fazem-no em função de um objetivo comum. A razão de existir da rede é o conjunto de propósitos comuns a todos os participantes; no geral, esse conjunto de propósitos incorpora também um conjunto de valores comuns. Efetivamente, participar numa rede implica partilhar os mesmos propósitos e os mesmos valores.

ausência de hierarquia, na isonomia[63], no respeito à autonomia e à diferença. Como referem Costa, Junqueira, Martinho e Fecuri (2003, pp. 47-48): "o processo de desconcentração de poder que ocorre (…) talvez seja uma das propriedades de maior relevo e uma das mais instigantes da lógica das redes. Esse processo se dá por meio de uma dupla operação de distribuição e de investimento de poder. Cada participante da rede possui (…) um "pouco" de poder geral, sendo que apenas a ação da rede, como conjunto, o exerce de forma plena. Nesse caso, cada participante é apenas (…) "parte", um pedaço incompleto, que só se torna inteiro quando integrado ao conjunto. Ao mesmo tempo (…) que distribui o poder, a rede também realiza uma operação de potencialização ou fortalecimento de cada um. Como cada nó, pelas propriedades morfológicas da rede, pode ser o "centro" do sistema, cada integrante da rede recebe um investimento de confiança e poder para cumprir tal função. Todo o poder da rede converge para cada nó, conforme as circunstâncias. Nesse sentido, qualquer participante da rede pode funcionar como "representante" da rede ou assumir-se como detentor de todo o poder. Ele deixa de ser um pedaço do conjunto, para tornar-se um meio pelo qual o conjunto se exerce. A rede está inteira em cada ponto. Essa distribuição holográfica do poder na rede produz uma estrutura organizacional que muitos analistas chamam de "policéfala" (com várias cabeças). A desconcentração do poder na rede gera o fenómeno da multiliderança e é o seu exercício

[63] Numa organização horizontal, contrariamente a um sistema hierarquizado, há isonomia, isto é, todos têm direito ao mesmo tratamento e partilham os mesmos direitos e deveres.

que produz a dinâmica multifacetada, as soluções originais, a capacidade adaptativa, a criatividade e a inventividade próprias da rede".

Assente numa "estrutura" relacional, como a anteriormente referenciada, o Grupo V!!! tem permitido desde 2002 elaborar espaços de suporte coletivo e de reforço mútuo, partilhar recursos, descobrir soluções para as dificuldades comuns, criar respostas mais adaptadas à realidade das necessidades específicas impostas pelos subsistemas em crise, e definir e implementar estratégias que visam fundamentalmente poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos "atores" da violência e da comunidade onde se inserem.

### 2.5.2. O SERVIÇO DE VIOLÊNCIA FAMILIAR DO CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE COIMBRA

Por influência do Grupo V!!!, e visando contribuir para a implementação de estratégias que permitissem tornar o sistema prestador de cuidados mais eficiente e de maior qualidade, nasceu em 2005, no Hospital Sobral Cid, que integra atualmente (2012) o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o Serviço de Violência Familiar (SVF).

O SVF, ao nível da atividade clínica[64], tem como objetivos fundamentais dar resposta, ao longo do ciclo vital, às várias

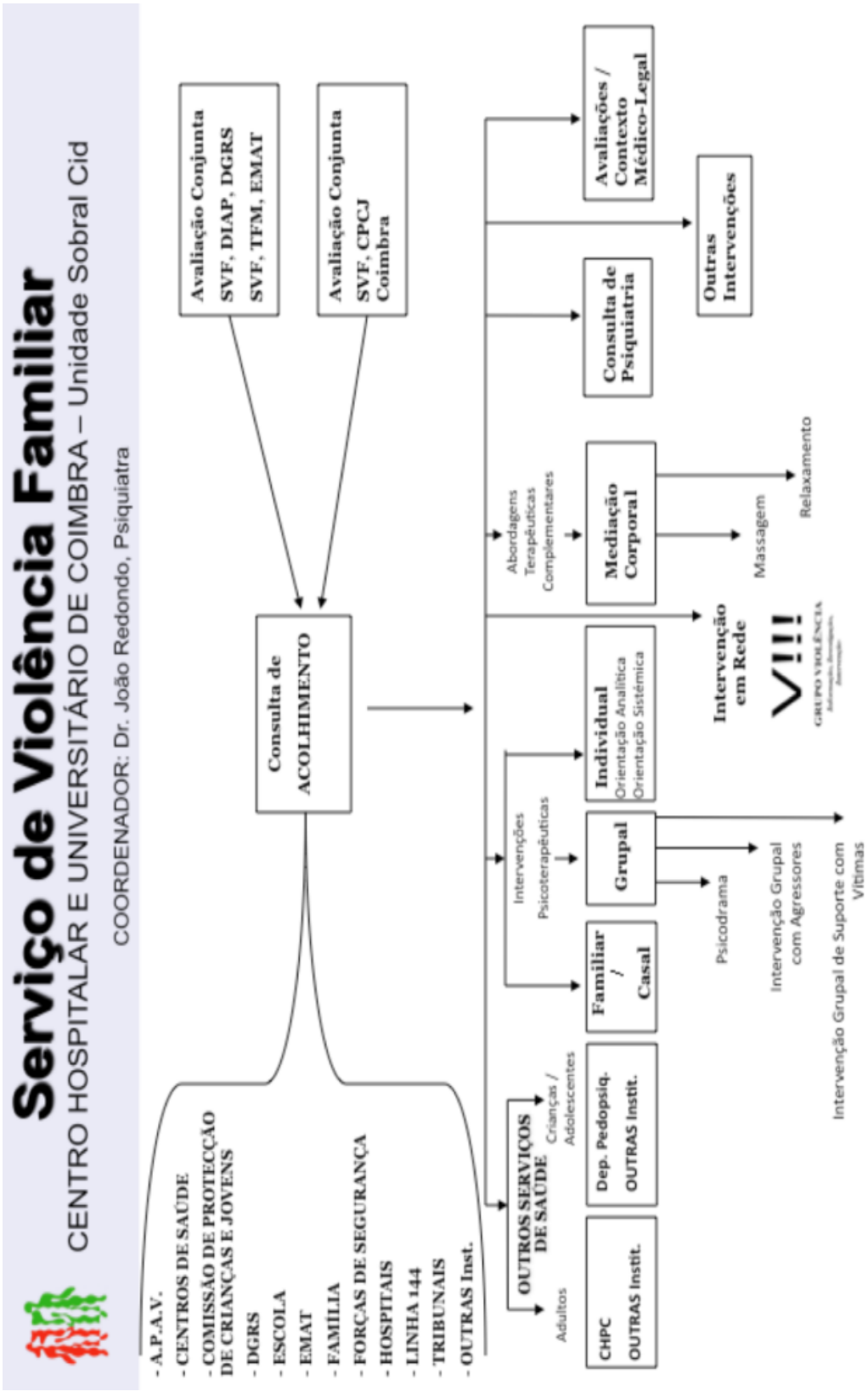
[64] No livro "Sem Violência Doméstica. Uma experiência de trabalho em rede" (abril, 2012), iniciativa associada ao PIR, poderá encontrar mais informação sobre os

problemáticas da saúde mental associadas à violência familiar/entre parceiros íntimos. Dirige a sua atividade a vítimas, agressores e famílias. Com vista à prevenção (primária, secundária, terciária) da violência no contexto familiar, o SVF defende uma estratégia de intervenção multidisciplinar, multissetorial e em rede, dispondo de programas para vítimas e programas para agressores. O SVF responde preferencialmente às necessidades da população da área de influência do CHUC. Contudo, atendendo a que no momento atual não existe outro serviço com as mesmas características no País, procura responder (dentro do possível) a situações fora da sua área geográfica de influência.

A violência marca o ciclo vital dos indivíduos e das famílias. Numa família onde há violência todos sofrem e todos precisam de ajuda. De seguida, descrevemos sucintamente as estratégias de intervenção — com vítimas, agressores, famílias e respetivas redes de suporte — adotadas pelo Serviço de Violência Familiar (ver Figura 5).

programas para vítimas e os programas para agressores no Serviço de Violência Familiar, assim como relativamente às atividades associadas à formação e investigação.

**Figura 5. Organograma do SVF**



### 2.5.2.1. Programa de Intervenção com Vítimas

A intervenção com as vítimas (tal como com os agressores) assenta em estratégias que, de acordo com características de cada indivíduo/situação e das necessidades associadas, privilegiam uma matriz individual[65], ou de casal/familiar[66], ou em grupo[67], ou de rede. A par com a intervenção com vítimas, o serviço assegura em simultâneo — quando existem condições para tal — a intervenção com o agressor. Ao longo de todo o processo terapêutico, consideramos fundamental a avaliação contínua, envolvendo, para além do SVF, as redes de suporte, primárias e de serviços, da matriz de origem dos "atores" associados à situação de violência.

[65] As intervenções psicoterapêuticas específicas individuais estão mais associadas a situações onde existe patologia (por ex.: perturbação da personalidade).

[66] A terapia familiar ou de casal é mais frequentemente adotada numa fase avançada do programa terapêutico, tendo como principal objetivo investir na implementação das "novas" estratégias relacionais de não-violência adotadas pela família / casal. Numa fase inicial só em situações onde objetivamente não há risco de novas violências.

[67] Ao nível das intervenções grupais (intervenção grupal de suporte, com vítimas; intervenção grupal com agressores; psicodrama moreniano, com vítimas ou agressores), é fundamental excluir a existência de problemáticas que possam afetar a participação d@s utentes de forma plena (exs.: perturbação da personalidade, problemática aditiva, atraso mental, outra doença psiquiátrica descompensada, história de abuso sexual, antecedentes de violência com armas, dificuldades na língua). No caso do agressor, a par com a aceitação de participar no programa estabelecido, é imprescindível que assuma que: tem um problema de violência; tem vontade de mudar o seu comportamento violento; vai cumprir as regras previamente definidas; vai manter em segurança os seus familiares; aceita que o seu comportamento possa ser monitorizado (pelas redes primárias e secundárias) durante o programa.

### 2.5.2.2. Programa de Intervenção com Agressores

*"Voltar-se para o ódio multiplica o ódio, acrescentando profunda escuridão a uma noite já sem estrelas. A escuridão não pode livrar-nos da escuridão, apenas a luz pode fazer isso. O ódio não pode livrar-nos do ódio, só o amor pode fazer isso*."

Martin Luther King Jr.

Se existe hoje uma consciência alargada sobre a necessidade de denunciar as situações de violência doméstica e de apoiar as vítimas de violência, é necessário compreender também que, dada a natureza deste fenómeno e as características psicossociais dos agressores, uma das formas de proteger as vítimas e de prevenir futuras vitimações é, precisamente, favorecer a mudança nos agressores no sentido de um comportamento relacional, atual e futuro, não violento.

Tendo como objetivos principais a definição de estratégias que possam ter como alvo as características identificadas no agressor, diminuir a reincidência e aumentar a segurança d@s parceir@s, a investigação tem tentado definir perfis/tipologias relativamente aos agressores, como por exemplo a de Holtzworth-Munroe e Stuart (1994)[68], uma das mais conhecidas. Na prática, o que poderemos afirmar é que os agressores não são um grupo homogéneo. Na sua maioria, à luz do atual conhecimento, o comportamento violento associado à violência familiar/entre parceiros íntimos, não tem

[68] Para ler mais sobre o assunto ver as seguintes referências em Holtzworth-Munroe e Stuart (1994): Buzawa, Hoteling e Klien, 1998; Gondolf, 1988; Johnson, 1995; Kantor e Jasinski, 1998; Shields, McCall e Hanneke, 1988; Straus, 1996.

necessariamente subjacente uma perturbação psiquiátrica que, poderíamos acrescentar, tendo em conta a nossa experiência no SVF, incapacite o agressor para avaliar a ilicitude dos seus atos e para se determinar de acordo com essa avaliação.

Como responder ao agressor nos contextos da violência familiar/entre parceiros íntimos? A complexidade desta problemática implica, necessariamente, perspetivar multidisciplinarmente e de forma global a intervenção, envolvendo tal conjuntura medidas judiciais, sociais, e clinicas. No Serviço de Violência Familiar procurámos, na definição da organização e na implementação do nosso programa para agressores, ter em conta os seguintes aspetos: (a) objetivos e estrutura bem definidos; (b) avaliação aprofundada do agressor e do contexto em que ocorre a agressão; (c) critérios de admissão claros; (d) ênfase na motivação, empenho e fiabilidade do agressor, no que diz respeito à sua forma de encarar o problema e de participar no programa; (e) avaliação do tratamento após a sua conclusão.

Visando motivar o agressor a investir na adoção de atitudes/ comportamentos com vista a um novo nível interacional/relacional — onde a igualdade e o respeito pelo outro pontuem a comunicação na família e/ou na sua relação com os outros — defendemos no SVF que o "problema" do agressor não está no poder ou na força que ele tem, mas sim no modo como ele usa o seu poder e a sua força para controlar e dominar a vítima. Na nossa perspetiva, a "chave" na definição da intervenção terapêutica não está pois em retirar-lhe o poder e a força que ele possa ter, mas sim em ajudá-lo a gerir

adequadamente esse poder. Neste enquadramento sublinhamos que é importante, relativamente às intervenções com agressores no contexto da violência familiar/entre parceiros íntimos, defender:

• Um posicionamento de ajuda no sentido terapêutico, ao invés de uma postura didática;

• A adoção pelo terapeuta, em relação ao agressor(@)**,** de uma postura e uma atitude empática, em oposição a uma postura / atitude de confronto;

• A criação de contextos terapêuticos capazes de ajudarem a promover: (a) uma maior "proximidade" com os pensamentos, sentimentos, motivações, condutas e relações; (b) a melhoraria da compreensão das situações do "ponto de vista" do outro; (c) a investigação e a descoberta de novas respostas e comportamento mais funcionais; (d) o ensaio das novas "descobertas" no "aqui e agora", num "como se"; (e) a emergência de outros "enfoques" da experiência humana;

• Uma intervenção terapêutica que privilegie uma abordagem ideográfica, em vez de "um mesmo tamanho para todos", procurando sistematicamente abranger a complexidade da violência e a heterogeneidade entre @s agressor@s;

• Contrariamente a uma atitude moralizadora ou punitiva, o terapeuta deve assumir uma atitude respeitosa para com @ utente;

• A intervenção terapêutica deve procurar ir ao encontro das necessidades d@ utente e procurar aumentar a sua motivação para prosseguir a mudança de comportamento;

• A intervenção terapêutica deve atender e ser também dirigida às emoções d@ utente/autocompaixão[69] e procurar ajudar @ utente a qualificar e assumir com clareza afirmações positivas e funcionais que, por sua vez, irão provocar mudança a nível das emoções e comportamentos;

• O terapeuta deve investir nos "pontos fortes" d@ utente, em oposição a centrar-se nas fraquezas ou nos erros do passado d@ utente, contestar o seu carácter e promover a vergonha;

• É um processo, não um produto "final";

• A avaliação implica um exercício conjunto, envolvendo os atores sociais e (quando necessária) a sua rede de suporte (primária, secundária).

No quadro seguinte (ver Quadro 4) – onde também partilhamos o "olhar" de Lehmann e Simmons (2009) relativamente à intervenção com agressor@s — procurámos resumir alguns dos pontos anteriormente enunciados e reforçar os contrastes entre a abordagem "tradicional" e a abordagem adotada no Serviço de Violência Familiar.

[69] Sobre a auto-compaixão ler mais em Fontinha, 2009.

**Quadro 4. Abordagem "Tradicional"/Abordagem no Serviço de Violência Familiar**

| ÁREA | ABORDAGEM "TRADICIONAL" | ABORDAGEM NO SVF |
|---|---|---|
| **Violência contra mulheres é interpretada como** | Uma extensão do poder e controlo universais masculinos | Um fenómeno complexo |
| **Causas da Violência** | Sociedade que reforça crenças do tipo patriarcal | Evita impor uma explicação universal |
| **Perspetiva sobre o Agressor** | Todos são semelhantes | Diferentes tipos |
| **Perspetiva sobre a Intervenção** | Educacional | Terapêutica |
| **Microfoco de Intervenção** | Violência do indivíduo | Pessoa como um todo |
| **Teoria e Contexto de mudança** | Pedagógica<br>Coloca o enfoque na mudança de perspetivas sobre a mulher<br>Contexto coativo | Terapêutica<br>Coloca o enfoque nas capacidades e competências<br>Contexto terapêutico |
| **Para mudar comportamentos, as crenças devem representar...** | Confronto | Um ponto de começo, a ser trabalhado ao longo da intervenção |
| **Papel do técnico do Programa de Intervenção com Agressores** | Professor | Psicoterapeuta<br>Agente facilitador e de ajuda |
| **Tratamento** | O mesmo método para todos | Pessoas diferentes necessitam de métodos diferentes de intervenção |

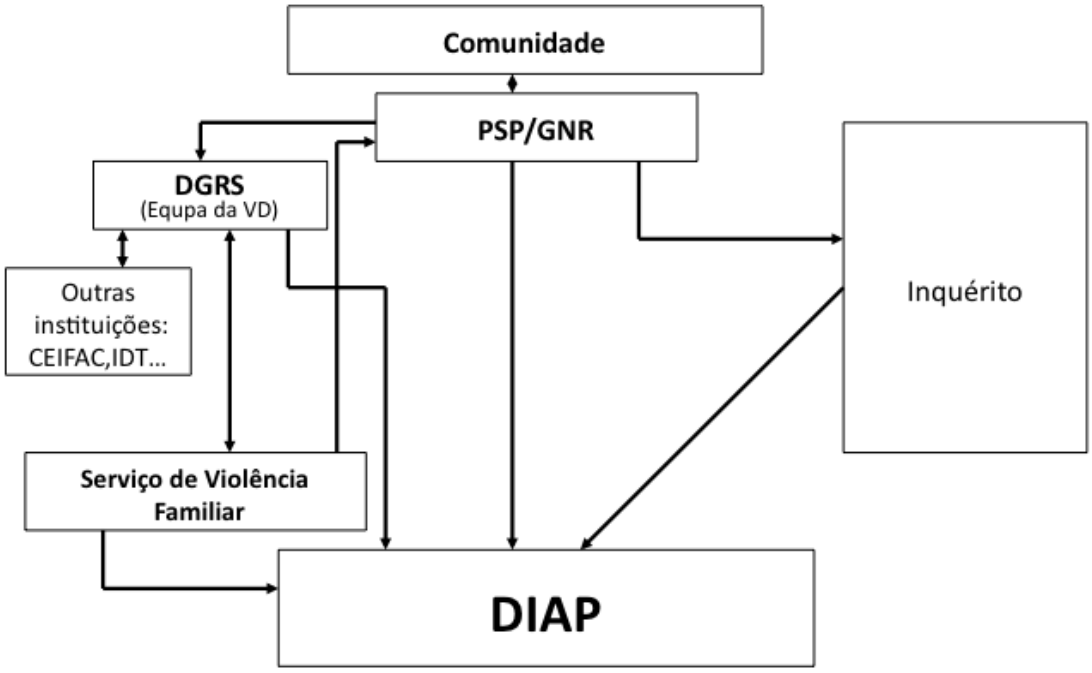
| | | |
|---|---|---|
| **Método de Intervenção / Estratégias** | Sempre em grupo | Grupal (Intervenção grupal com agressores; Psicodrama moreniano)<br>Individual (consulta de psiquiatria; Psicoterapia individual de orientação analítica ou sistémica)<br>Intervenção de rede familiar /casal. |

Relativamente à intervenção em situações agudas de crise, existe um protocolo de cooperação[70] dirigido à intervenção com agressores

[70] A 18 de Setembro de 2009 foi assinado, no Departamento de Investigação e Acção Penal de Coimbra, um Protocolo de Articulação, impulsionado pelo DIAP de Coimbra e tendo como parceiros o SVF, a DGRS, a GNR e a PSP, visando instituir um sistema de colaboração entre as entidades signatárias, através de uma coordenada articulação de recursos técnicos, no âmbito dos processos criminais respeitantes a situações de violência doméstica, integradoras do ilícito previsto e punido no artigo 152º do Código Penal, com vista ao alcance de soluções restaurativas e ressocializadoras.
Pretendeu o DIAP, através deste protocolo entre as entidades suprarreferidas, agilizar as intervenções por forma a tornar mais célere a investigação, tendo em vista um melhor desempenho, em termos de obtenção de prova, de avaliação da situação familiar/social e de proteção das vítimas de violência doméstica, objetivo que, neste momento, se considera com níveis de sucesso muito razoáveis.
Ao permitir-se que as várias entidades, cuja intervenção se impõe, face à situação que se apresenta, iniciem sem mais delongas o seu trabalho, que decorrerá a compasso com a investigação, obtêm-se ganhos manifestos em termos de tempo e eficácia.
Tais ganhos resultam do facto de, finda a investigação pelo OPC e remetido o respetivo inquérito ao DIAP, o magistrado titular poder limitar-se a solicitar à DGRS e ao Serviço de Violência Familiar os relatórios relativos às intervenções que foram levadas a cabo e que permitirão, eventualmente, um encaminhamento para a suspensão provisória do processo
Ganhos de tempo porque a DGRS já efetuou todas as diligências necessárias à elaboração do relatório, o mesmo sucedendo relativamente ao Serviço de Violência Familiar, que já avaliou a vítima e, eventualmente, o agressor, fornecendo assim ao

(2009), cuja estratégia é liderada pelo Departamento de Investigação e Acção Penal de Coimbra e conta com a participação, para além do Serviço de Violência Familiar, da equipa do Centro da Direcção Geral de Reinserção Social, da PSP, e da GNR (ver Figura 6).

**Figura 6. Protocolo de cooperação para a intervenção com agressores**




E como poderá um homem que foi violento ser redefinido como não violento? Como avaliar os resultados do "programa" implementado

magistrado titular um conhecimento muito concreto da situação com que está a lidar e que lhe permitirá melhor aquilatar os factos e, consequentemente, melhor decidir. Ganhos de eficácia pela celeridade com que se atuou e se protegeu a vítima ao prestar-lhe apoio, fazendo também, eventualmente, uma intervenção a nível do agressor.

com agressores? A título de exemplo, alguns indicadores que importa ter em conta nesta avaliação:

- Assume a responsabilidade pelas suas ações violentas?
- Cumpriu com o programa proposto visando consolidar a mudança?
- Reconhece a sua capacidade para controlar e cessar as suas atitudes violentas?
- A "vítima" confirma (em encontros separados) que o companheiro não mais foi violento, apresentando uma mudança de atitude em relação à violência?
- Existe um período significativo sem novos episódios de violência[71]?

### 2.5.3. VIOLÊNCIA FAMILIAR/ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL GERAL: A EXPERIÊNCIA DO SU DO CHUC

A OMS, em 2002, no seu "Relatório Mundial sobre Violência e Saúde", sublinha relativamente aos serviços de saúde e à violência que *"chegou a hora de uma ação mais decisiva e coordenada... Qualquer coisa a menos do que isso será uma falha do setor da saúde"* (Krug et al., 2002, p. 246). Colocando o enfoque na violência familiar/entre parceiros íntimos, as referências seguintes, ajudam a perceber a posição da OMS:

[71] Este período não é consensual. Tendo em conta a nossa experiência, e não perdendo de vista o caso-a-caso — pois falamos de uma população heterogénea e de uma multiplicidade de fatores subjacentes à problemática de violência —, acreditamos que teremos melhores resultados com intervenções mais prolongadas.

• 41% das mulheres que foram mortas por parceiro íntimo, nos EUA, recorreram aos Serviços de Saúde por traumatismos e outros problemas de saúde, físicos ou mentais, no ano anterior ao femicídio (Sharps et al.,2001, cit. Roberts, Hegarty & Feder, 2006);

• Segundo Gazmararian, Lazorick, Spitz, Ballard, Saltzman e Marks (1996, cit. Hamberger & Phelan, 2004) e Hamberger e Ambuel (2001, cit. Hamberger & Phelan, 2004), a prevalência da violência relativamente à mulher grávida varia dos 0,9% a 36%;

• As mulheres vítimas têm maior probabilidade de recorrerem a Hospitais e Centros de Saúde, quando comparadas com as não vítimas (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005);

• Segundo a "National Task Force to End Sexual and Domestic Violence Against Women"[72] (2005), em quatro estudos diferentes, 70% a 81% das vítimas de violência doméstica gostariam que o seu Médico Assistente lhe colocasse questões[73], em privado, sobre violência entre parceiros íntimos.

Tendo em conta a importância dos Serviços de Saúde na prevenção da violência, o Grupo V!!! e o Serviço de Violência Familiar iniciaram, a partir de 2005, várias iniciativas que viriam, em 2012, a culminar na criação de várias redes, com "porta de entrada" na Saúde ao nível dos

[72] Ver contactos em http://www.vawataskforce.org

[73] Colocar perguntas sobre violência doméstica num serviço de saúde dá à vítima uma mensagem securizante: "Para além da sua saúde a sua segurança também é importante para nós".

Cuidados Primários de Saúde e dos Serviços Hospitalares[74] (por ex.: Urgência, Obstetrícia, Psiquiatria).

O Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção e o Serviço de Violência Familiar do Hospital Sobral Cid (HSC), em colaboração com o Serviço de Urgência do Hospital Geral, do Centro Hospitalar de Coimbra**,** iniciaram em meados de 2005 a implementação de um projeto relativo à criação de uma rede de cuidados, na área da violência doméstica, que iniciou atividade regular a partir de 2007. Inclui, entre outros aspetos, um protocolo para sinalização, avaliação (risco/perigo) e encaminhamento de situações de violência familiar/ entre parceiros íntimos no Serviço de Urgência (SU). De notar que, desde dezembro de 2011, o HSC e o CHC integram o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Na Figura 7 poderá ver como se organiza o trabalho em rede entre o SU e outros serviços da comunidade, para dar resposta aos casos de violência familiar/entre parceiros íntimos sinalizados.

[74] Projeto de Intervenção em Rede 2009-2012. Violência Doméstica e Serviços de Saúde. Projetos em implementação em Agrupamentos de Centros de Saúde e Serviços Hospitalares da Região Centro. Coimbra, 2012

**Figura 7. Articulação do SU com a rede de serviços da comunidade**

## Atendimento e encaminhamento de vítimas de violência familiar/ entre parceiros íntimos no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Geral do CHC – CHUC

Colocando o enfoque no SU, a organização das respostas às vítimas[75] de violência está organizada conforme passamos a apresentar.

Após inscrição no balcão administrativo do SU @ doente é chamado para a triagem, onde o enfermeiro de serviço aplica o "Protocolo de

[75] É dirigido fundamentalmente às necessidades das mulheres e homens com mais de 18 anos de idade. Protocolos adicionais são necessários para os menores, os que estão sob tutela de terceiros e população idosa.

Triagem de Manchester" e atribui uma prioridade no atendimento e respetivo encaminhamento.

De notar que, atendendo a que o processo clínico se encontra informatizado, é no sistema informático "Alert ER" que se efetuam todos os registos e procedimentos desde a admissão até à alta.

Nas situações em que o motivo da vinda ao SU seja a agressão e se enquadre (a) na violência familiar/entre parceiros íntimos e/ou exista suspeita de violência e/ou (b) no fluxograma de trauma o discriminador seja "história inapropriada[76]", @ enfermeir@ introduz o s*creening* relativo à problemática da VD com uma afirmação do tipo: *"Não sei se isto é um problema para si, ou se alguma vez o foi, mas muitos dos doentes que vêm a este Serviço de Urgência apresentam problemas familiares associados à violência doméstica. Alguns sentem-se desconfortáveis ou estão demasiado assustados para falar sobre este assunto, mas atendendo a que a violência é também um problema que preocupa os serviços de saúde, agora coloco aos doentes que aqui recorrem questões sobre esta problemática".*

De sublinhar que, a existência de cartazes à "entrada" dos serviços de saúde (como é o caso do SU) e de brochuras, por exemplo na sala de espera, "ajudam" a reforçar as preocupações da equipa do SU, relativamente a violência no contexto familiar.

[76] O que significa que o alegado mecanismo de lesão não explica a lesão ou doença que o doente apresenta.

A entrevista continua com algumas perguntas de rotina sobre VD, como por exemplo: *Alguém @ maltratou de alguma forma no último ano? Sente-se protegid@ na sua relação com @ atual companheir@? Existe algum ex-parceir@ que @ faça sentir insegur@?*.

**Se existe a suspeita de que é vítima de violência, mas @ utente não o confirma:**

- Informa-se da ajuda e apoios que existem disponíveis na comunidade, e oferece-se desdobrável com informação sobre os mesmos;
- Informa-se, também, que mesmo que não precise desta informação, poderá ser-lhe útil para ajudar um familiar ou amig@;
- Tendo em conta a suspeita que temos, é importante não fazer referências escritas sobre VD em papéis que possam ser levados para casa pel@ doente; não esquecer que o potencial agressor poderá ter acesso a esta informação e daí resultar eventual agravamento da situação de violência.

**Se existe a suspeita de que é vítima de violência e @ utente confirma é importante:**

- Reforçar que ninguém merece ser magoado ou mal tratado;
- Garantir a confidencialidade sobre este assunto[77];

[77] É importante, relativamente à vítima: informá-la que nenhum familiar terá conhecimento da sua experiência de violência, sem a sua autorização; assegurar-lhe que os registos clínicos efetuados serão adequadamente guardados e somente acessíveis a profissionais da área de saúde; dizer-lhe que não tratará o agressor de

- Expressar preocupação com a sua segurança[78] (e das outras potenciais vítimas, se for o caso);
- Encorajá-la a pedir ajuda;
- Sublinhar que não está sozinha e que existe ajuda disponível[79];
- Continuar a aplicação do "protocolo".

Confirmada a existência de violência doméstica e na continuidade da implementação do "protocolo" no SU para a violência familiar/entre parceiros íntimos, @ enfermeir@ de triagem informa @ enfermeir@ coordenador@ do turno, que por sua vez informa a equipa médica da situação, a fim de obter a sua colaboração em todo o processo. @ doente segue o circuito de encaminhamento e é tratad@ da situação clínica que motivou a vinda ao Serviço de Urgência.

Quando oportuno, e em sala própria — onde se assegura a privacidade que a situação exige e onde se encontra informação em forma de cartazes relacionada com VD, — @ enfermeir@ coordenador@ dá continuidade à entrevista iniciada na triagem. É então completada a entrevista protocolada, que visa:

- Registar de forma pormenorizada a situação, os sinais e/ou sintomas da violência;

---

forma diferente de outro membro da família, de forma a não comprometer a sua segurança.

[78] Durante a entrevista é importante refletir com a vítima a estratégia de segurança mais adequada e co-construir um plano a que possa recorrer se se sentir ameaçada.

[79] Ao longo da entrevista é importante informá-la das opções que dispõe na comunidade e ajudá-la a identificar os profissionais a quem poderá recorrer para ser ajudada.

- Avaliar, a par com caracterização da vítima e do agressor, as dinâmicas associadas à situação de violência e o risco para a vítima, aquando da alta do hospital;
- Procurar saber se há menores envolvidos (genograma);
- Identificar a rede primária (familiares/amigos, etc.);
- Informar de todas as ajudas (rede secundária) de que pode dispor (APAV, CPCJ, Segurança Social, Linha 144, PSP, GNR, Serviço de Violência Familiar - CHUC); e
- Informar também sobre a legislação relativa à VD;
- Recolher o contacto seguro da vítima e a melhor hora para contactar.

Recolhida a informação, e visando por cobro à situação de VD, importa agora definir a estratégia pós-alta. Neste enquadramento, o enfermeiro-coordenador/equipa multidisciplinar:

- SOLICITA(M) APOIO AO SERVIÇO SOCIAL DO SU – nos dias úteis das 9-16h o SU tem a colaboração do serviço social, que é informado da situação prestando apoio na identificação da rede de suporte familiar da vítima (família, amigos, etc) e na orientação para a alta;
- PROCEDE(M) AO CONTACTO COM AS FORÇAS DE SEGURANÇA a – obtido o consentimento da vítima comunica-se a situação de violência às autoridades (PSP/GNR) e solicita-se a sua deslocação ao SU para tomar conta da ocorrência. Nas situações em que os agentes da autoridade já se deslocaram ao local onde ocorreu o incidente, o coordenador certifica-se de

que tal já aconteceu, de facto, através de contacto telefónico para a unidade policial em questão;

- AVALIA(M) A NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICO-LEGAL – Promove(m) o contacto com o médico legista quando a situação o exige. Se há necessidade de intervir a este nível, importa (de acordo com o protocolo estabelecido) preservar/colher o máximo de provas e se possível fotografar, com autorização da vítima, as "marcas" da violência;
- COLABORA(M) NO ENCAMINHAMENTO DA VÍTIMA PARA A URGÊNCIA DE PSIQUIATRA[80], quando há necessidade da vítima ser observada por psiquiatra;
- PROCEDE(M) AO ENCAMINHAMENTO NA REDE DE SERVIÇOS – desenvolve(m) contactos com os restantes intervenientes na rede de VD – Ministério Público (DIAP), Forças de Segurança (PSP, GNR), Segurança Social (Linha 144, Emergência Social), APAV, CPCJ, FBB – nos casos em que a segurança da vítima está seriamente ameaçada e que são necessárias outras intervenções e ajudas;
- ESTIMULA(M) O ENCAMINHAMENTO PARA SVF – solicita(m) consentimento no envio da informação produzida no SU, para o Serviço de Violência Familiar, informando que será contactad@ pelo nº de telefone (ou outro contacto seguro que nos tenha dado) pelo mesmo serviço;

[80] Atualmente a funcionar noutra unidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

- REGISTO – regista(m) toda a informação relativa à VD numa área do processo clínico informatizado (Alert), que não é visível na impressão do relatório de alta, contribuindo, assim, para promover a confidencialidade e proteger a vitima;
- PROVIDENCIA(M) CONTACTOS com a família, amigos ou instituições da rede tendo em vista o planeamento da alta.

### 2.5.4. VIOLÊNCIA FAMILIAR/ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM REDE

O Projeto de Intervenção em Rede 2009-2012 (PIR), dirigido à problemática da violência doméstica e desenvolvido no âmbito do Eixo 7.7 do POPH, resultou de uma parceria da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (CHPC) e a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

As atividades a desenvolver estavam enquadradas em três eixos de ação: Informação, Investigação, Intervenção/Formação. Do trabalho realizado ao nível da "formação" nasceram várias redes multidisciplinares e multissetoriais, com porta de entrada nos Serviços de Saúde[81].

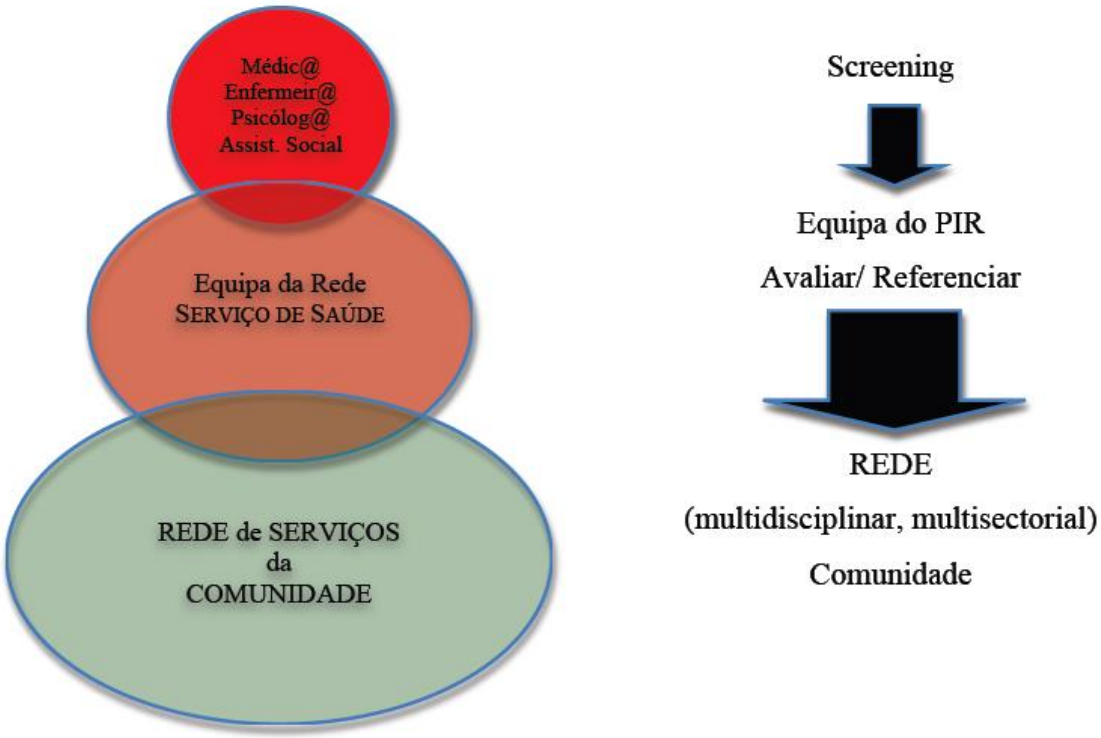
[81] Projeto de Intervenção em Rede 2009-2012. Violência Doméstica e Serviços de Saúde. Projetos em implementação em Agrupamentos de Centros de Saúde e Serviços Hospitalares da Região Centro. Coimbra, 2012

No âmbito dos vários projetos em desenvolvimento no terreno, dirigidos à problemática da violência familiar/entre parceiros íntimos, considerou-se fundamental na sua implementação, ao nível dos serviços de saúde e dos outros setores da comunidade que integram cada uma das redes:

1. A informação/sensibilização, pelo grupo de formandos do PIR, da equipa e da rede, visando capacitar os profissionais da saúde e os profissionais dos outros setores na comunidade para:
   - Triar/ sinalizar situações de violência;
   - Garantir rapidez na ação, facilitar a acessibilidade e continuidade dos cuidados; e
   - Promover o encaminhamento, no caso-a-caso, para a respetivo ”núcleo” de profissionais do ACES/rede que fizeram formação no PIR.

Ao grupo de *experts* da rede caberá proceder a uma avaliação mais precisa da situação, incluindo risco e/ou perigo e, a par com a intervenção dos serviços de saúde, proteger a(s) vítima(s) de violência e referenciar os “atores” envolvidos para os serviços da comunidade julgados necessários no caso a caso (ver Figura 8).

**Figura 8. Fluxograma Cuidados Primários de Saúde/Comunidades**




2. Validar o trabalho desenvolvido. Para tal cada rede definiu um conjunto de indicadores.
3. Visando consolidar os vários projetos apresentados[82] foi apresentada à Administração Regional de Saúde do Centro proposta estratégica para a definição de um indicador com vista à contratualização, e que também poderá ter um papel importante ao nível da investigação.

[82] Projeto de Intervenção em Rede 2009-2012. Violência Doméstica e Serviços de Saúde. Projetos em implementação em Agrupamentos de Centros de Saúde e Serviços Hospitalares da Região Centro. Coimbra, 2012.

### 2.5.5. GRUPO VIOLÊNCIA E ESCOLA: UM PROJETO PARA O CONCELHO DE COIMBRA

Conforme é referido em relatório da Assembleia da República[83] (2007), sobre violência nas escolas, *"A violência existe nas sociedades, marcando presença de forma consistente no seu quotidiano… O fenómeno deve ser enfrentado(s) em todas as suas expressões… não sendo facilmente compreendida se ignorarmos os laços que as ligam*" (p. 137). Visando uma abordagem mais efetiva da problemática da violência neste contexto, nasce em Coimbra (2007) o "Grupo Violência e Escola[84]: um Projecto para o Concelho de Coimbra".

A criação deste grupo resulta do facto de no dia a dia situações de violência familiar, identificadas a partir da escola ou dos serviços de saúde, terem provocado vários encontros entre "Escola e Saúde", envolvendo, por vezes, também a rede do Grupo V!!!. A partilha conjunta de informação reforçou a importância de criar dinâmicas que

[83] Grupo de trabalho *Violência nas Escolas*. Relatório final. Assembleia da República - Comissão de Educação, Ciência e Cultura (Abril 2007).

[84] Em 2011 integram esta rede as seguintes instituições: Agrupamento de Escolas de Ceira; Agrupamento das Escolas de Taveiro; Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Coimbra; Escola Secundária D. Diniz; Escola Secundária D. Duarte; Escola Secundária Jaime Cortesão; Escola Superior de Educação de Coimbra; Fundação Bissaya Barreto; Serviço de Violência Familiar do CHPC.

possibilitassem a implementação de respostas em rede, cujos princípios já anteriormente referenciámos neste texto.

Este grupo defende uma conceção de trabalho que dá ênfase a uma atuação integrada, multidisciplinar e multissetorial, onde cada serviço ou instituição na "nova" matriz ganha um "novo" papel. Assume uma forma de organização, assente numa permanente construção, com uma estrutura horizontal, na qual a participação é incentivada e a diversidade valorizada. Acredita-se que, "rompendo o isolamento" das pessoas e das organizações, e viabilizando a realização de atividades integradas, está-se a contribuir para: (a) "abrir" um maior horizonte de possibilidades de leitura e respostas acerca dos comportamentos de risco e dos fatores que lhes estão associados; (b) estimular a elaboração de estratégias capazes de ajudar a prevenir a violência nas escolas e na sociedade em geral; (c) evitar a duplicação de intervenções, potenciando nas nossas ações o estabelecimento de metas mais globais, a par com a informação e sensibilização dos Serviços e da Comunidade; (d) reforçar uma articulação mais estreita entre a Escola e outras Instituições (e Serviços) da Comunidade e o Público em Geral, reforçando assim o diálogo e o apoio mútuo entre as várias estruturas.

As várias iniciativas[85], em que o grupo Violência e Escola tem investido, são fundamentalmente dirigidas aos técnicos (formação) e aos alunos, famílias e comunidade em geral (informação e respostas às situações de violência). Visando um conhecimento mais preciso da

[85] Ler mais em http://grupoviolenciaeescola.blogspot.com

realidade onde trabalhamos, decorrem dois projetos de investigação: um sobre *bullying* e outro na área das perceções em meio escolar relativamente ao impacto da violência familiar no contexto escolar.

### 2.5.6. FÓRUM EMPRESAS CONTRA A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Tendo em conta as competências específicas na área da violência familiar/ entre parceiros íntimos da rede da região de Coimbra e visando responder de forma mais rápida e eficaz a esta problemática, estão criadas condições para alargar, de forma mais específica, o âmbito da intervenção ao contexto laboral.

Com vista a consolidar esforços e rentabilizar estratégias, que permitam especializar e adequar recursos e metodologias de atuação ao objeto da intervenção, considerou-se fundamental organizar em 2011 um grupo de trabalho multidisciplinar/ multissetorial. Este grupo constituiu-se como fórum (Fórum "Empresas contra a violência doméstica") e na sequência das duas ações públicas da sua apresentação pretende neste momento concretizar os seguintes objetivos na região centro:

- desenvolver uma política corporativa para lidar com a violência doméstica;
- proporcionar formação teórico-prática aos profissionais das empresas, que representam potenciais interfaces para reconhecer, responder e referenciar situações de violência familiar/ entre parceiros íntimos;
- envolver os trabalhadores em geral na implementação de um

ambiente de trabalho livre de violência;
- divulgar no local de trabalho informação sobre violência familiar/ entre parceiros íntimos e sobre as políticas da empresa em relação a esta problemática;
- ampliar as estratégias adotadas (na área da violência familiar/ entre parceiros íntimos) às Organizações e Empresas da comunidade;
- promover a realização de estudos e diagnósticos que visem a permanente adequação das respostas à problemática da violência doméstica e a avaliação do impacto das intervenções definidas.

### 2.5.7. O TEATRO COM ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO: *PEÇA DE TEATRO "ESTILHAÇOS"*

Projeto desenvolvido pela Cooperativa de Teatro Bonifrates de Coimbra[86], contou com o apoio do "Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção", do Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra e da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Coimbra. Com a implementação desta peça, defende-se a importância da promoção de valores de igualdade e de cidadania que diminuam a tolerância social e a aceitação de uma cultura de violência, ao longo do ciclo vital. Acreditamos que estratégias deste tipo poderão representar um contributo importante na sensibilização e mobilização da sociedade civil, com vista a eliminar estereótipos e mitos, alterar as

[86] Ver mais em www.bonifrates.com

representações de género e os valores que têm perpetuado a existência de relações desiguais no meio familiar, escolar e social.

# 3. Referências bibliográficas


Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

American Psychological Association. (2003, fevereiro). *Resolution on the maltreatment of children with disabilities*. Retirado de http://www.apa.org/about/governance/council/policy/maltreatment.aspx

Amnesty International. (2004). *Making Violence against Women Count, Facts and Figures - a Summary*. Disponível em http://www.amnesty.org/en/library/info/ACT77/034/2004

Antunes, R. & Machado, C. (2005). Dupla invisibilidade: A violência nas relações homossexuais. *Psychologica*, 39, 167-187.

Barbosa, J. (1998, abril). *Protagonismo da Pessoa ou Império das Ideologias?* Comunicação proferida nas Jornadas sobre «Família-Educação para o Ano 2000 **».**

Behrendt, M. (2005). Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems after Female Genital Mutilation. *American Journal of Psychiatry*, *162*, pp. 1000-1002.

Beauvoir, S. (1976). *A velhice: a realidade incómoda*. São Paulo: Difusão Editorial.

Bouchard, C. (1981). Perspectives écologiques de la relation parent(s)-enfant : des compétences parentales aux compétences environnementales. *Apprentissage et Socialisation*, *4* (1), 4-23.

Callahan, M. R., Tolman, R. M., & Saunders, D, G. (2003). Adolescent dating violence victimization and psychological well-being. *Journal of Adolescent Research*, *18* (6), 664-681.

Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, *4* (XXIV), 485-493.

Caridade, S., Machado, C., & Vaz, F. M. (2007). Violência no namoro:

Estudo exploratório em jovens estudantes. *Psychologica*, 46, 197-214.

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Understanding teen dating violence, fact sheet*. Disponível em http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/teen_dating_violence.html

Collins, A. H. & D. L. Pancoast. (1976). *Natural Helping Networks: A Strategy for Prevention*.Washington, DC: National Association of Social Workers.

Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. (2007*). Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: CODEPPS.

Corsi, J. (1995). *Violencia familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social* (2 ed.). Buenos Aires: Paidós.

Costa, L., Junqueira, V., Martinho, C. & Fecuri, J. (2003). *Redes: Uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização*. Brasília: WWF – Brasil.

Costa, L. G., Machado, C. & Antunes, R. (2010). Violência nas relações homossexuais: a face oculta da agressão na intimidade. *Psychologica*.

Curry, Hassouneh-Phillips & Johnston-Silverberg. (2001). Abuse of women with disabilities: Na ecological model and review. *Violence Against Women*, *7* , 60-79.

Day, V. P., Telles, L., Zoratto, P., Azambuja, M., Machado, D., Silveira, M., et al. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (1), 9-21.

Espinosa, L. M. C. (2004). *Más allá del género. Nuevos enfoques de nuevas dimensiones y direcciones de la violencia en la pareja*. Universidade Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Ferreira-Alves, J. (2005). Abuso e Negligência de pessoas idosas:

Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. In R. Gonçalves & C. Machado (Coords.). *Psicologia Forense* (pp. 319 – 342). Coimbra: Quarteto Editora.

Flannery, D. J., Vazsonyi, A. T., & Waldman, I. (Eds.). (2007). *The Cambridge Handbook of Violent Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.

Fontinha, J. (2009). *"Faz a ti mesmo aquilo que farias aos outros": Estilo de vinculação como determinante da compaixão e auto compaixão*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Lisboa.

Forehand, R., Wierson, M., Thomas, A., Armistead, L., Kempton, T., & Neighbors, B. (1991). The role of the family stressors and parent relationships on adolescent functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *30* (2), 316 – 322.

Forty-Ninth World Health Assembly. (1996). *Resolution of the World Health Assembly: Prevention of violence, a public health priority (WHA 49.25)*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/

Fountain, K., & Skolnik, A. A. (2007). *Lesbian, gay, bisexual and transgender domestic violence in the United States in 2006*. New York: National Coalition of Anti-Violence Programs.

Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Watts, C., Ellsberg, M., & Heise, L. (2005).*WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women.Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.

Guadalupe, S. (2001, Janeiro). *Intervenção em rede e doença mental*. Comunicação apresentada no II Encontro de Serviço Social em Saúde

Mental: Novas Perspectivas, no Hospital Sobral Cid, Coimbra. Disponível em http://www.cpihts.com/

Hamberger, L. K. & Phelan, M. B. (2004). *Domestic Violence Screening and Intervention in Medical and Mental Healthcare Settings*. New York: Springer Publishing Company.

Harway, M., & O´Neil, J. M. (Eds.). (1999). *What Causes Men´s Violence Against Women*. California: Sage Publications.

Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending Violence against Women. *Population Reports*, série L, 11.

Holzworth-Munroe, A., & Stuart, G.L. (1994). Typology of male batterers: Three sub-types and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476–497.

Howe, R., & von Foerster, H. (1974). Cybernetics at Illinois. *Forum*, *6*, 15-17.

International Network of Women with Disabilities. (2011, março). *Violence against women with disabilities*. Disponível em http://www.centerwomenpolicy.org/programs/waxmanfiduccia/2011OnlineSeriesBarbaraWaxmanFiduccia.asp

Jouriles, E. N., Norwood, W. D., McDonald R., Vincenti, J. P., & Mahoney, A. (1996). Physical violence and other forms of marital aggression: Links with children's behavioral problems. *Journal of Family Psychology*, *10* (2), 223-234.

Kempe, C., Silverman, F., Steele, B., Droegemueller, W., & Silver, H. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, *181* (1), 17-24.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.

Lacroix, J.-L. (1990). *L'individu, sa famille et son réseau: les therápies familiales systémiques*. Paris: ESF.

Linares, J. L. (2002). *Del Abuso y Outros Desmanes*. *El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona. Paidós.

LeBlanc, M., Ouimet, M., & Denis S. (2008). *Tratado de Criminologia Empírica* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Lehmann, P., & Simmons, C. A. (2009). *Strengths-Based Batterer Intervention*. *A new Paradigm in Ending Family Violence*. New York: Springer Publishing Company.

Lipnack, J., & Stamps, J. (1994). *The teamnet factor*. [Tradução brasileira, Rede de informações. São Paulo: Makron Books].

Lisboa, M., Vicente, L. B., & Barroso, Z. (2005). *Saúde e Violência Contra as Mulheres*. *Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa: SociNova – FCSH-UNL/Direcção-Geral da Saúde.

Magalhães, T. (2010). *Violência e Abuso, Respostas simples para questões complexas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. In P. K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.). *Violence against Children in the Family and the Community* (pp. 57 – 101).Washington, D.C: American Psychological Association.

Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Minho.

Milberger, S., LeRoy, B., Martin, A., Israel, N., Potter, L., & Patchak-Schuster, P. (2002). A Michigan study on women with physical disabilities: final report. New York, N.Y.: National Institute of Justice.

Minayo, M. C. (2005). *Violência contra Idosos: O avesso do respeito à*

*sabedoria* (2ª edição). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

Morris, D. B. (2000). *Doença e cultura na era pós-moderna*. Lisboa: Instituto Piaget.

Nascimento, F. (2009). *Namoro e Violência: um estudo sobre amor, namoro e violência entre jovens de grupos populares e camadas médias*. Dissertação de mestrado em Psicologia apresentada à Universidade Federal de Pernambuco.

National Disability Authority. (2004, novembro). *Violence against people with disabilities: Seminar proceedings*. Retirado de http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/BE967D49F3E2CD488025707B004C4016?OpenDocument

National Task Force to End Sexual and Domestic Violence Against Women. (2005). *Violence against women act 2005: Title V – health care respond*. Washington, DC: National Task Force to End Sexual and Domestic Violence Against Women.

Noble, M. (1973). Social network: its use as a conceptual framework in family analysis'. In J. Boissevain & J. C. Mitchell (Eds.), *Network analysis studies in human interaction* (pp. 3-14). Netherlands: Mouton and Co.

Nunan, A. (2004). A violência doméstica entre casais homossexuais: O segundo armário? *PSICO*, *35* (1), 69-78.

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório mundial da saúde 2001. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança* [The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Eliminação da mutilação genital*

*feminina*. [Tradução portuguesa, Associação para o Planeamento da Família].

Piedade, S. (2008). *Mutilação Genital Feminina em Portugal*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e das Organizações. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Departamento de Psicologia social e das Organizações.

Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina. (2009). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. Retirado de http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Direitos_ficheiros/PMGFv22.pdf

Roberts, G., Hegarty, K., & Feder, G. (Eds.). (2006). *Intimate Partner Abuse and Health Professionals: New Approaches to Domestic Violence*. London: Elsevier.

Rodrigues, L., Nogueira, C. & Oliveira, J. M. (2010). Violência em casais LGB: estudo preliminar. *Estudo sobre a descriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Rogosch, F. A., Cicchetti, D., & Abner, J. L. (1995).The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology*, *7*, 591-609.

Topa, H. (2010). No arco-íris também há roxo: violência conjugal nas relações lésbicas. *LES Online*, *2* (1), 13 – 21.

Waters, H., Hyder, A., Rajkotia, Y., Basu, S., Rehwinkel, J.A., & Butchart, A. (2004). *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva: Department of Injuries and Violence Prevention, WHO.

Watzlawick, Paul (1991), *A realidade é real?*, Lisboa: Relógio D'Água, Col.

Antropos.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of international patterns, pathologies, and paradoxes*. [Tradução brasileira, Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Editora Cultrix].

Williams, L. (2003). Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. *Revista Brasileira de Educação Especial*, *9* (2), 141-154.

Wolitzky-Taylor, K. B., Ruggiero, K. J., Danielson, C. K., Resnick, H. S., Hanson, R. F., Smith, D. W., & et al. (2008). Prevalence and correlates of dating violence in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*, 755-762.

World Health Organization, Department of Gender and Women's Health, &Department of Reproductive Health and Research. (2001). *Female genital mutilation: Integrating the prevention and the management of health complications into the curricula of nurse and midwifery – a student's manual*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization & International Network for the Prevention of Elder Abuse. (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization. Retirado de http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/missing_voices/en/

World Health Organization (2011a). *10 facts about violence prevention*. Retirado de http://www.who.int/features/factfiles/violence/en/index.html

World Health Organization. (2011b). *World report on disability*. Geneva: WHO.

I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2000 – 2003). Resolução do Conselho de Ministros nº 55/1999. Diário da República 137, Série I–B de

15 de Junho de 1999, 3426 - 3428.

III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010). Resolução do Conselho de Ministros nº 83/2007. Diário da República 119, Série I de 22 de Junho de 2007, 3387 - 4002.

*Parte II*

# Manual de diagnóstico para serviços de saúde: SARAR

# 1. SARAR: Sinalizar

A sinalização precoce da violência, nas relações familiares, representa uma atitude crucial como estratégia de prevenção precoce da violência tendo, por isso, o potencial de melhorar os cuidados de saúde prevenindo lesões e, inclusive, salvando vidas.

Diversos estudos, relativamente à sinalização/intervenção em situações de violência doméstica pelos serviços de saúde, têm chegado a algumas conclusões que consideramos pertinentes mencionar:

• As mulheres vítimas têm maior probabilidade de recorrerem a Hospitais e Centros de Saúde, quando comparadas com as não vítimas (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005);

• Poucas mulheres referem que lhes sejam colocadas questões sobre assuntos relacionados com violência doméstica nas visitas aos diferentes serviços de saúde (Glass, Dearwater & Campbell, 2001);

• Nos estudos realizados por Elliott e Johnson (1995, cit. Hamberger & Phelan, 2004b) e Johnson e Elliott (1997, cit. Hamberger & Phelan, 2004b), as mulheres batidas recorreram mais frequentemente aos Serviços de Saúde colocando, no pedido de ajuda, o enfoque no sintoma; já as mulheres que não sofreram violência colocaram o enfoque na prevenção (exame físico anual);

• 41% das mulheres assassinadas pelo companheiro ou ex-companheiro recorreram a um Serviço de Saúde por dano físico ou

problema de saúde mental no ano anterior ao crime (Sharps, Koziol-McLain, Campbell, McFarlane, Sachs & Xu, 2001);

• 20% dos homicidas frequentava consultas no médico de família ou recebia assistência em serviços de saúde mental no ano que antecedeu o crime (Sharps et al., 2001);

• Wadman e Muelleman (1999) concluíram que as vítimas de homicídio não tinham sido corretamente identificadas nos serviços de urgência;

• É importante colocar questões relativamente à violência doméstica, pelo menos uma vez por ano, a todas as mulheres que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários (McCauley, Kern, Kolodner, Dill, Schroeder, DeChant, et al. 1995);

• A violência doméstica deverá ser ponderada na elaboração do diagnóstico relativamente a todas as mulheres que recorrem ao Serviço de Urgência (Anglin & Sachs, 2003).

No seu comentário ao relatório da "U.S. Preventive Services Task Force", The Family Violence Prevention Fund's Research Committee salientou que, após as Associações Médicas americanas terem feito um esforço para a identificação de situações de violência doméstica, as taxas de abuso diminuíram em 21% (Cole, 2000, cit. The Family Violence Prevention Fund's Research Committee, s.d.). A identificação da problemática de violência pode ser vista como o primeiro passo num *continuum* de intervenções. Existe clara evidência proveniente de uma série de estudos de que as mulheres aprovam e estão recetivas à intervenção dos técnicos no domínio da violência. O

trabalho qualitativo realizado com vítimas de violência dá-nos a noção de que estas esperam que os técnicos de saúde lhes façam perguntas sobre este tema, mesmo as que optam inicialmente por não responder às questões[1].

Relativamente aos instrumentos a adotar para o *screening* da violência entre parceiros íntimos, Rabin, Jennings, Campbell e Bair-Merritt (2009), reconhecendo que "a violência entre parceiros íntimos é um problema de saúde pública prevalente que exige atenção urgente por parte de investigadores e clínicos" (p.443), afirmam que "nenhuma ferramenta de triagem tem devidamente definidas as suas propriedades psicométricas. Mesmo as ferramentas mais comuns[2] foram avaliadas apenas num pequeno número de estudos. As sensibilidades e especificidades variaram amplamente dentro e entre os instrumentos de triagem. Mais testes de validação são urgentemente necessários" (p. 439).

---

[1] Conforme é referido pelo The Family Violence Prevention Fund's Research Committee (s.d., p. 5),"Num estudo citado pelo relatório da USPSTF, oitenta e três porcento das mulheres abusadas e não abusadas disse que seria mais fácil para as mulheres abusadas obterem ajuda se os profissionais de saúde questionassem sobre violência como rotina (Gielen et al., 2000)."

[2] "De 210 estudos potencialmente elegíveis, 33 preencheram os critérios de inclusão. Os instrumentos mais estudados foram o Hurt, Insult, Threaten, and Scream (HITS, sensibilidade 30% - 100%, especificidade 86% - 99%); o Woman Abuse Screening Tool (WAST, sensibilidade 47%, especificidade 96%); o Partner Violence Screen (PVS, sensibilidade 35% - 71%, especificidade 80% - 94%); e o Abuse Assessment Screen (AAS, sensibilidade 93% - 94%, especificidade 55% - 99%). A fiabilidade interna (HITS, WAST); a fiabilidade teste-reteste (AAS); a validade concorrente (HITS, WAST); a validade discriminante (WAST); e a validade preditiva (PVS) foram também avaliadas. No todo, a qualidade do estudo foi de moderado a bom (…)"(Rabin, Jennings, Campbell & Bair-Merritt, 2009, p. 439).

## 1.1. Sinalização/*Screening* das Vítimas e Agressores

Em geral, diferentes tipos de violência coexistem no mesmo relacionamento. Conforme refere a OMS (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002), a maioria das mulheres que sofre violência física geralmente passa por múltiplos atos de agressão no decorrer do tempo. A violência física nos relacionamentos íntimos é normalmente acompanhada por violência psicológica e, de um terço a mais da metade dos casos, por violência sexual. Muitas vítimas de violência doméstica nunca chegam a denunciar a situação de violência que vivenciam em casa, a maioria das vezes devido a fatores culturais e ao sentimento de medo, relacionados quer com a vulnerabilidade da vítima, quer com a sua dependência afetiva, socioeconómica e, por vezes, física. Segundo alguns estudos (Krug et al., 2002), cerca de 20 a 70 % das mulheres que sofreram violência nunca falaram com outra pessoa sobre este assunto, até terem sido entrevistadas para o estudo[3]**.** Contudo, muitas delas recorrem, frequentemente de forma repetida, aos serviços de saúde, para tratamento das lesões e doenças causadas pela violência. Para a sua identificação é essencial que se conheçam os sinais e sintomas, que variam segundo a tipologia da violência.

[3] A resposta da mulher vítima de violência é limitada pelas opções que lhe são disponibilizadas. Refere a OMS (Krug et al., 2002) que, segundo estudos realizados nos Estados Unidos, na África, na América Latina, na Ásia e na Europa, diversos fatores podem levar a mulher, apesar de sofrer violência, a continuar na relação. A título de exemplo: fatores económicos, as crianças, a dependência emocional, a falta de apoio da família alargada e de amigos, a esperança de que o agressor mude. Segundo a mesma organização, as mulheres que pediram ajuda fizeram-no principalmente junto de familiares e amigos. Apenas uma pequena minoria procurou a polícia.

A violência familiar/entre parceiros íntimos, como já referimos anteriormente, tem inúmeras consequências, bem documentadas, para a saúde das mulheres, motivo pelo qual também recorrem mais frequentemente (em comparação com as mulheres que não sofrem violência) aos serviços de saúde. Neste enquadramento, os profissionais de saúde estão numa posição privilegiada para identificar e apoiar as vítimas deste tipo de violência, incluindo a sua referenciação para apoios psicossociais, judiciais e outros. Segundo a OMS (World Health Organization, 2008), tal intervenção permitirá reduzir o impacto da violência na saúde e no bem-estar da mulher, bem como dos seus filhos, e pode igualmente ajudar a impedir futuros episódios de violência.

A investigação tem mostrado que a maioria das mulheres pensa que os prestadores de cuidados de saúde deveriam inquirir sobre a violência (Ramsay, Richardson, Carter, Davidson & Feder, 2002). Não esperam, no entanto, que eles resolvam o seu problema, mas gostariam de ser escutadas e tratadas de uma forma que as ajude a "ganharem a força" que precisam para assumirem o controlo das suas decisões.

Colocar questões, nos serviços de saúde, sobre violência nas relações de intimidade, envia à potencial vítima a mensagem de que a sua segurança é importante para o cuidador. O simples facto de perguntarmos sobre a eventualidade de haver violência é, já por si, uma intervenção importante; mesmo que a resposta seja negativa, @ utente fica a saber que esse é um assunto que preocupa o profissional

de saúde. É uma questão de "abrir a porta e deixá-la aberta"[4].

A existência de *posters*, panfletos, desdobráveis e outros materiais informativos sobre VD nas salas de espera, nos gabinetes de triagem, nos gabinetes de consulta, nas casas de banho, nos corredores (por exemplo) dão a mensagem a quem recorre àquele serviço de saúde que ali a violência é também "lida" como um problema de saúde e que há respostas naquele contexto.

Tendo em conta a prevalência/incidência da violência nas relações de intimidade, e o impacto na saúde e qualidade de vida dos "atores" envolvidos, é fundamental abordar esta problemática na elaboração da história clínica (The Family Violence Prevention Fund, 2004).

Conforme referem Hamberger e Phelan (2004a), a investigação em mulheres grávidas também tem tentado estudar variáveis que podem predizer a vitimização: sociodemográficas[5]; consumo de tabaco, álcool e drogas; relacionadas com a saúde mental e com o *stress*[6].

---

[4] O profissional de saúde ao ter formação sobre dinâmicas da violência familiar/entre parceiros íntimos; avaliação do risco/ perigo; questões de segurança e autonomia da vítima; e prestação de cuidados nesta área, estimula à implementação do *screening* e à intervenção/encaminhamento dos "atores" sociais associados à situação de violência.

[5] Fatores de risco: *Idade:* mulheres mais jovens; *Nível educacional:* baixo nível educacional; *Estado civil:* solteiro, separado ou divorciado; *Estatuto socioeconómico:* dificuldades económicas.

[6] Em termos gerais, mulheres que sofrem violência têm níveis mais elevados de depressão, tomam mais medicamentos antidepressivos e fazem mais tentativas de suicídio. O estudo de Cokkinides e Coker (1998, cit. Hamberger & Phelan, 2004a) identificou mais eventos stressantes nas vidas destas mulheres, comparativamente às que não sofrem violência. Alguns estudos também referem que, mulheres que sofrem violência têm menos suporte emocional de familiares e amigos. O estudo de

### ⟐ Como deverão ser conduzidas as questões sobre violência na família/entre parceiros íntimos?

Regular e rotineiramente, independentemente da presença ou ausência de indicadores de violência; de forma direta e sem juízos de valor[7]; e a sós com a utente.

### ⟐ Quando se deverão colocar questões?

No global, poderemos afirmar que se deverão colocar questões quando o profissional de saúde o considerar relevante. Vejamos algumas sugestões: durante qualquer consulta com uma nova utente; durante uma visita em que é relatada uma nova queixa; quando a utente inicia uma nova relação de intimidade; quando os sinais ou sintomas levantam dúvidas e/ou preocupação ao técnico. As mulheres grávidas deverão ser um alvo de atenção especial[8].

---

Gielen et al. (1994, cit. Hamberger & Phelan, 2004a) concluiu que o suporte social é um fator protetor que prediz o não abuso da mulher.

[7] O modo como pergunta tem sério impacto na espontaneidade da resposta que vai obter.

[8] No contexto dos cuidados maternais e de obstetrícia, os profissionais de saúde encontram-se numa posição ideal para avaliar, identificar e ajudar a prevenir a violência nas relações de intimidade. Sendo a gravidez um período da vida da mulher em que há uma maior vulnerabilidade, é importante otimizar esta oportunidade por parte dos serviços de saúde em intervir em possíveis situações de violência, cuja existência tem impacto em duas gerações (a mãe e o feto).

**⟐ Aspetos a ter em conta quando se pretende colocar questões sobre violência a uma potencial vítima**

• Não perguntar à vítima se podemos falar com ela em privado. É importante não esquecer que é prática usual do profissional de saúde solicitar ao(s) acompanhante(s) para esperar(em) na sala de espera enquanto se elabora a história clínica ou o exame físico;

• A revelação da situação de violência poderá ser alvo de retaliação se o agressor tiver conhecimento disso;

• Informar sobre o que vai e o que não vai ser declarado às autoridades;

• Uma resposta negativa às perguntas de *screening* não quer dizer que não exista violência. Entre outros aspetos, pode significar que a pessoa não se sente confortável em revelá-lo nesse momento. Por isso, apesar da resposta negativa, a pessoa deve ser informada sobre a problemática em si (dinâmicas subjacentes, impacto aos diversos níveis, risco associado, legislação existente,…) e sobre as respostas existentes, reforçando que em situações de perigo existem alternativas no imediato para colocar as vítimas em segurança e programas para os agressores;

• Se a utente negar a existência de violência não registar "utente nega existir violência", mas sim "foram colocadas questões de rotina sobre o *screening* de VD"; ou "aquando da avaliação a utente afirmou que a violência não é um problema para ela". Esta última afirmação é mais cautelosa, caso a utente venha a revelar posteriormente ser vítima de violência, e a informação que consta no processo clínico for usada

judicialmente como prova; neste enquadramento, a questão da credibilidade da vítima não se coloca.

**⟐ Quando é que não se devem colocar questões?**

Quando não for possível ao profissional de saúde providenciar um espaço privado no qual possa conduzir a entrevista[9]; quando existirem indícios de que a avaliação poderá colocar em risco @ utente.

**⟐ Como potenciar a revelação da situação de violência por parte da vítima**

Perceber que o profissional de saúde está preocupado e @ escuta; compreender a razão que leva o profissional de saúde a fazer este tipo de perguntas; sentir-se segur@ de que, se o revelar, o agressor não saberá que o fez.

**⟐ Possíveis obstáculos à revelação da VD pela vítima**

**• Obstáculos interpessoais**

Ter receio de se sentir julgada pelo técnico que a avalia; recear que o agressor cumpra as ameaças caso ela revele a violência; não confiar no sistema; recear que as pessoas não acreditem em si, ou a culpem por se manter na relação com o agressor ou por não ter agido mais cedo;

[9] De registar que o *screening* deverá ser adiado se o profissional não conseguir estar a sós com a potencial vítima. Tomar nota no processo clínico dessa situação.

nunca ter falado sobre o "problema" da violência e não saber como abordá-lo.

**• Falta de acesso à informação e aos recursos**

Não reconhecer que está a sofrer violência/minimizá-la; desconhecer os recursos disponíveis na comunidade para a ajudar ou não poder procurar esses recursos devido ao controlo do agressor; ser dependente economicamente; estar preocupada com o bem-estar e segurança dos seus filhos.

**• Obstáculos associados ao profissional e/ou à instituição**

O profissional não colocou perguntas relativas à VD; o *screening* não foi feito na língua mãe da pessoa em causa; a vítima receia revelar informação sobre o agressor porque este também recebe cuidados do mesmo profissional e/ou da mesma instituição; tem medo de que ao revelar a violência seja obrigada a denunciá-la às autoridades, o que poderá agravar a violência em casa.

### 1.1.1. *SCREENING* DAS VÍTIMAS NA AUSÊNCIA DE LESÕES TRAUMÁTICAS

"Um conjunto de sintomas, doenças e lesões estão estatisticamente associados à vitimação (…) e a probabilidade de ocorrência entre as vítimas é maior quando comparada com não vítimas (situando-se entre 24% a 46%) (…) eles se tornam significativos no seu conjunto... São

eles: Asma (46% maior); Queimaduras (46% maior); Palpitações (44% maior); Tremores (43% maior); Colite (42% maior); Cefaleias (40% maior); Vómitos frequentes (40% maior); Sensação de aperto na garganta (40% maior); Dermatite (37% maior); Úlcera gastro-duodenal (37% maior); Dificuldades respiratórias (37% maior); Sudação (36% maior); Peso/dor na zona abdominal (36% maior); Dor/ "pressão no peito" (30% maior); Náuseas (29% maior); Hipertensão arterial (26% maior); Vertigens (26% maior); Secura de boca (26% maior); Insónias (24% maior)" (Lisboa, Vicente & Barroso, 2005, pp. 32-33).

A par com estas problemáticas, um conjunto de sinais, atitudes e comportamentos da vítima e/ou do agressor representam potenciais indiciadores da existência de violência. A título de exemplo: lesões que não coincidem com a explicação de como foram produzidas; um companheiro que é excessivamente atento, controlador, ou renitente em deixar a mulher a sós com o terapeuta; lesões físicas durante a gravidez; antecedentes de tentativas de suicídio; uma clara demora entre o acontecimento que provocou a lesão e a vinda ao serviço de saúde.

Tendo em conta o "silêncio da violência", e atendendo a que as vítimas frequentemente não apresentam sinais óbvios de violência, é fundamental colocar questões sobre esta problemática para a sua sinalização precoce.

Como já foi referido anteriormente, os serviços de saúde, pela sua localização estratégica, representam um local preferencial para o fazer

(por ex.: nas idas aos Serviços de Urgência; durante as visitas anuais ao Médico de Família; pelo menos uma vez, em cada trimestre, durante a gravidez). Mais uma vez, sublinhamos a importância de perguntas sobre esta matéria integrarem a elaboração da história clínica.

Alguns aspetos a ter em conta, e que mais à frente neste manual desenvolveremos, quando pretendemos colocar questões sobre violência durante a realização da história clínica:

- Colocar as questões sobre violência em privado, tendo sempre o cuidado de não julgar a utente;
- Não esquecer que a vítima pode ser homossexual ou heterossexual;
- Informar sobre a legislação referente à violência doméstica;
- Informar, também, porque estamos a fazer as perguntas e o que faremos com o material recolhido;
- Ter em atenção as ações e os comportamentos culturalmente aceites na matriz de origem da utente;
- Estar atento à narrativa e à linguagem analógica associada (contacto do olhar, padrões de silêncio, atenção durante a entrevista, etc);
- Procurar ajustar a nossa linguagem à da utente.

Definido o contexto onde decorrerá a entrevista, como introduzir o *screening*? Que questões colocar para avaliar a existência ou não de violência nas relações de intimidade? Algumas sugestões para introduzir o tema:

- "A violência doméstica é comum na vida das pessoas; assim

comecei a perguntar às minhas utentes sobre esta problemática a fim de melhor poder ajudá-las";

• "Não sei se é, ou já foi, um problema para si, mas muitas das doentes que observo sofrem, ou já sofreram violência na sua relação. Algumas estão demasiado assustadas ou causa-lhes grande desconforto falar disso, por isso agora, na minha consulta, coloco a todas questões sobre violência doméstica".

De seguida, algumas propostas de questões para a construção de um *screening*[10]:

**1. Ao longo do último ano foi ameaçad@, batid@, pontapead@, esmurrad@ ou de algum outro modo magoad@ por alguém?**

*Se* ☐Sim, quem a magoou?

☐Não ☐ Outra situação

*Se estiver grávida*

**Desde que está grávida foi ameaçada, batid@, pontapeada, esmurrada ou de algum outro modo magoada por alguém?**

*Se* ☐Sim, quem a magoou?

☐Não ☐ Outra Situação

**2. Alguma vez @ seu/sua parceir@ @ forçou a ter relações sexuais?**

[10]A resposta afirmativa a, pelo menos, uma das perguntas indicia a existência de violência.

☐ Sim

☐ Não ☐ Outra situação

**3. Sente-se segur@ no seu atual relacionamento?**

☐ Sim

☐ Não ☐ Outra situação

**4. Há algum parceir@, de um relacionamento anterior, que atualmente @ faça sentir insegur@?**

☐Sim

☐Não ☐ Outra situação

**⟐ Exemplos adicionais de questões que poderemos colocar**

• Quase um terço das mulheres são vítimas de violência *às mãos* do seu marido/companheiro, em algum momento de sua vida. Assim pergunto a todas as minhas doentes/utentes: "Isso está a acontecer com a Srª?"

• Alguém em sua casa foi ferido, batido, ameaçado ou negligenciado?

• Já sentiu medo em sua casa? Tem medo que os seus filhos possam estar ou virem também a sofrer?

• Por vezes as minhas utentes/doentes contam-me que foram magoadas/feridas por alguém próximo delas; poderá isso estar (vir) a acontecer-lhe?

• Notei que tem várias "marcas" no corpo. Quer contar-me como aconteceu? Alguém lhe bateu?

• Parece ter medo do seu marido/companheiro. Alguma vez ele a magoou?

• A Srª mencionou que o seu marido/companheiro "perde a paciência "com as crianças. Será que ele também a perde consigo? Ele torna-se violento — por ex.: empurra-a, agarra-a ou bate-lhe — quando se "descontrola"?

• Durante o seu relacionamento houve momentos associados a agressões físicas?

• As discussões com o seu marido/companheiro terminam em confronto físico?

• A Srª referiu que o seu marido/companheiro consome álcool e ou drogas. Como é que ele reage quando consome?

• O seu marido/companheiro controla sistematicamente o que a Srª faz (por exemplo, com quem sai, com quem fala, onde vai, o que veste, como gasta o seu dinheiro) e/ou está constantemente a "deitá-la a baixo"/ "a dizer que não presta para nada", …?

• Às vezes as pessoas tão superprotetoras e ciumentas, como a Srª descreve o seu marido/ companheiro, poderão em algumas situações também reagir agressivamente e até usar a força física. Isso está a acontecer-lhe?

• O seu marido/companheiro parece muito preocupado e ansioso. Foi ele o responsável pelos seus ferimentos?

• Existe algum parceiro de um relacionamento anterior que a faça sentir-se insegura e/ou assustada atualmente?

De registar que, na prática, a implementação de um *screening* — por exemplo do tipo do *"Partner Violence Screening" (PVS)* [11]— leva menos tempo a aplicar do que a avaliação de rotina dos sinais vitais, e deteta um grande número de mulheres vítimas de violência[12].

### 1.1.2. S*CREENING* DAS VÍTIMAS NA PRESENÇA DE LESÕES TRAUMÁTICAS

Quando a vítima apresenta algum tipo de lesões poderá introduzir o *screening* com uma questão do tipo:

**1. Muitas das pessoas que recorrem a um Serviço de Saúde com esse tipo de ferimentos são vítimas de violência em casa. Poderá ser isso que lhe está a acontecer?**

*Se* ☐ Sim, quem @ magoou?

☐ Não ☐ Outra situação

[11] 1. *Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone within the past year? If so, by whom?* 2. *Do you feel safe in your current relationship?* 3. *Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?* (Feldhaus, Koziol-McLain, Amsbury, Norton, Lowenstein & Abbott, 1997).

O PVS incorpora duas dimensões: uma questão aborda a violência física; e as outras duas questões procuram avaliar a perceção da vítima sobre a sua segurança.Uma resposta positiva a qualquer uma das perguntas constitui uma triagem positiva para a hipótese da existência de violência entre parceiros íntimos.

[12] Sobre este assunto consultar Rabin, Jennings, Campbell e Bair-Merritt (2009).

Seja a resposta positiva ou não[13], poderá continuar a colocar as questões referenciadas no *screening* anteriormente proposto, ou recorrer a perguntas indiretas.

Sobre como proceder para registar as lesões poderá ler mais no subcapítulo "Registar".

### 1.1.3. PROPOSTA DE *SCREENING* PARA POTENCIAIS AGRESSORES

A investigação na área da violência doméstica, vista como um problema de saúde pública por parte da comunidade médica, tem centrado os seus esforços sobretudo na identificação da vítima que, na maioria dos casos, é a mulher. Mas porque se trata de um problema de saúde pública, não será também da competência dos profissionais de saúde intervir, sempre que possível, na sinalização dos agressores?

Como já foi referido anteriormente, na maioria das situações de violência nos relacionamentos heterossexuais o agressor é do sexo masculino. Na prática, este nem sempre se autoavalia como "violento", adotando um discurso e atitudes que incluem padrões de negação e justificação associados à minimização da agressão e à

[13] Uma resposta negativa às perguntas de *screening* não significa que a violência não esteja a acontecer na vida daquela pessoa. Pode significar, por exemplo, que a pessoa não se sente confortável para a revelar naquele momento. Por isso, apesar da resposta negativa, a pessoa deve ser informada de que existe apoio / resposta para este problema e alternativas para se sentir segura caso venha a precisar (ou alguém do seu conhecimento).

culpabilização da vítima "pelo que aconteceu"[14]. Neste enquadramento, não reconhecendo a necessidade de alterar o seu comportamento, apresenta-se, por vezes, nos primeiros contactos com os serviços de saúde sem crítica em relação à problemática de violência e, consequentemente, está desmotivado para investir na mudança.

Segundo Rhodes e Iwashyna (2009), é fundamental identificar homens que apresentem um maior risco de serem agressores (tal como em relação às vítimas de violência), antes da sua "entrada" no sistema judicial. Vários estudos têm demonstrado que a sinalização precoce por parte do sistema de saúde reduz os fatores de risco individuais (por ex., Zaza, Sleet, Thompson, Sosin, & Bolen, 2001; Richardson et al., 2004, cit. Rhodes & Iwashyna, 2009). Como referem Rhodes e Iwashyna (2009), "a aliança terapêutica entre pacientes e médicos pode ser eficaz na promoção de uma mudança de comportamento mais precoce" (p. 176).

Hamberger e Phelan (2004c), de acordo com uma revisão de alguns estudos, no contexto de serviços de urgências, concluíram que, regra geral, os homens tendem a concordar discutir possíveis comportamentos abusivos e a aceitar referências de apoios comunitários direcionados para a violência doméstica, o que pode

[14] Segundo a OMS (Krug et al., 2002), uma grande variedade de estudos produziram uma lista consistente de eventos "que disparam o gatilho" na violência de género: não obedecer ao homem; retorquir; não preparar a comida "a horas"; não cuidar de forma adequada das crianças ou da casa; questionar o parceiro sobre dinheiro ou namoradas; ir a algum lugar sem a permissão dele; recusar-lhe sexo; suspeitar da infidelidade da mulher.

sugerir que os agressores veem o médico como um possível apoio, o que pode ter implicações importantes na intervenção.

Os serviços de saúde, pelo seu posicionamento relativamente às necessidades das famílias com problemas de violência, poderão, sem dúvida, permitir uma sinalização mais precoce de indivíduos que se autoavaliam como estando envolvidos em violência entre parceiros íntimos (VPI). Tal enquadramento aumenta o potencial de mudança do comportamento violento, dado que poderá estar ainda numa fase muito inicial. Mesmo em relação aos agressores que não assumem que têm um problema de violência, os serviços de saúde poderão ter um papel importante na sinalização de homens em maior risco de serem violentos.

Rhodes e Iwashyna (2009, p. 178), tendo em vista a prevenção da violência — e, concomitantemente, a sinalização precoce de agressores no contexto da VPI — adotaram no seu estudo *"Male Perpetrators of Intimate Partner Violence: Support for Health Care Interventions Targeted at Level of Risk"*, dirigido a um grupo de homens que recorreram a um serviço de urgência de uma área urbana, o *screening*[15] (tradução nossa) que passamos a apresentar:

"Quando se sente irritado, bate/empurra a sua companheira?";

"Preocupa-o que alguma vez a possa magoar fisicamente?";

[15] *'When you get angry, do you ever hit/push/shove your partner?'; 'Are you worried you might physically hurt your partner?'; 'Have you ever physically hurt your partner?'; 'Have you ever made your partner have sex when he/she didn't want to?'*.A resposta afirmativa a, pelo menos, uma das perguntas indicia a existência de violência.

"Alguma vez magoou fisicamente a sua companheira?";
"Alguma vez forçou a sua companheira a ter relações sexuais quando ela não queria?"

No Serviço de Urgência, no âmbito da avaliação pela Psiquiatria, tenho vindo a adotar[16] o *screening* que em seguida passo a apresentar, e que habitualmente introduzo com a seguinte narrativa:

*A "tensão nervosa" e a irritabilidade que as suas palavras (e/ou comportamento) "mostram" estão por vezes associadas a pessoas que têm problemas ao nível do relacionamento no casal e/ou na familia.*
*De acordo com a minha experiência, é importante rapidamente resolvê-los, pois poderão também estar associados à HTA e/ou à diabetes e/ou ao colesterol elevado e ou ao enfarte de miocárdio e/ou* ... (ter em atenção as patologias que o doente apresenta) que *o Sr.*... (nome) *sofre*.
*Para tentar prevenir estes e outros problemas que possam surgir e melhorar a qualidade de vida de todos — a do Sr*. …(nome), *a da sua esposa (ou companheira), a de seus filhos… — comecei a perguntar aos meus doentes*...

**1. Quando se irrita ou fica "nervoso", tem receio de poder magoar fisicamente a sua esposa/companheira?**

☐ Não *Se* ☐ Sim Quer falar acerca disso?

☐ Outra situação

**2. Quando fica irritado ("nervoso") alguma vez empurrou, bateu ou magoou fisicamente a sua esposa/ companheira?**

[16] João Redondo, Psiquiatra. Coordenador do Serviço de Violência Familiar do Hospital Sobral Cid - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

☐ Não *Se* ☐ Sim Quer falar acerca disso?

☐ Outra situação

**3. As crianças estão em casa quando estes problemas acontecem?**

☐ Não *Se* ☐ Sim Quer falar acerca disso?

☐ Outra situação

**4. Ainda relativamente à sua esposa (ou companheira), alguma vez teve relações sexuais com ela, contra a vontade dela?**

☐ Não *Se* ☐ Sim Quer falar acerca disso?

☐ Outra situação

O facto de o mesmo médico que implementa o *screening* continuar a seguir o caso no Serviço de Violência Familiar — para onde habitualmente os agressores sinalizados no Serviço de Urgência são encaminhados — parece influenciar positivamente o cumprimento com a 1ª Consulta de Acolhimento naquele serviço e a aceitação da proposta terapêutica para o problema da violência.

Habitualmente aplico o *screening* aos utentes que apresentam fatores de risco na história clínica que possam indiciar a eventual existência de violência entre parceiros íntimos[17]. Alguns destes fatores estão mencionados no Quadro 1.

[17] João Redondo, Psiquiatra. Coordenador do Serviço de Violência Familiar do Hospital Sobral Cid - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

**Quadro 1. Fatores associados ao risco de violência**
(Adaptado de Krug e colaboradores, 2002, p. 98)

| ***Fatores individuais*** | ***Fatores relacionais*** | ***Fatores comunitários*** | ***Fatores sociais*** |
|---|---|---|---|
| • Idade jovem<br>• Abuso de álcool<br>• Depressão<br>• Perturbações da personalidade<br>• Baixo nível escolar<br>• Baixo rendimento económico<br>• Testemunhar ou experienciar violência enquanto criança | • Conflito marital<br>• Instabilidade marital<br>• Domínio masculino na família<br>• Dificuldades económicas<br>•Funcionamento familiar pobre | • Fracas sanções comunitárias contra a violência doméstica<br>• Pobreza<br>• Capital social baixo | • Estereótipos de género tradicionais<br>• Normas sociais que reforçam a violência |

O modelo ecológico e os fatores de risco serão desenvolvidos no capítulo 4.

## 1.2. Referências bibliográficas


Anglin, D., & Sachs, C. (2003). Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, *10* (10), 1118-27.

Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton, I. M., Lowenstein, S. R., & Abbott, J. T. (1997).Accuracy of 3 Brief Screening Questions for detecting partner violence in the emergency department. The *Journal of the American Medical Association*, *277*(17), 1357-1361.

Glass, N. E., Dearwater, S., & Campbell, J. C. (2001). Intimate partner violence screening and intervention: Data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Journal of Emergency Nursing 27*, 141-149.

Hamberger, L. K., & Phelan, M. B. (2004a). Spousal abuse in maternal care settings. In L. K. Hamberger & M. B. Phelan, *Domestic violence screening and intervention in medical and mental healthcare settings* (pp. 15-57).New York, NY: Springer Publishing Company.

Hamberger, L. K., & Phelan, M. B. (2004b). Spousal abuse in primary care settings. In L. K. Hamberger & M. B. Phelan, *Domestic violence screening and intervention in medical and mental healthcare settings* (pp. 58-79). New York, NY: Springer Publishing Company.

Hamberger, L. K., & Phelan, M. B. (2004c). Identifying domestically violent men in medical settings. In L. K. Hamberger & M. B. Phelan, *Domestic violence screening and intervention in medical and mental healthcare settings* (pp. 261-270). New York, NY: Springer Publishing Company.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Lisboa, M., Vicente, L. B., & Barroso, Z. (2005). *Saúde e Violência Contra as Mulheres*. *Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa: SociNova – FCSH-UNL/Direcção-Geral da Saúde.

McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., et al. (1995). The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*,*123*, 737-746.

Rabin, R. F., Jennings, J., Campbell, J., & Bair-Merritt, M. (2009).Intimate Partner Violence Screening Tools. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, *36* (5), 439–445.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, *325*, 314−318.

Rhodes, K., & Iwashyna, T. (2009). Male Perpetrators of Intimate Partner Violence: support for health care interventions targeted at level of risk. *Behaviour Change*, 26 (3), 174-189.

Sharps, P. W., Koziol-McLain, J., Campbell, J., McFarlane, J., Sachs, C., &Xu, X. (2001). Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Preventive Medicine*, *33*, 373–380.

The Family Violence Prevention Fund's Research Committee. (s.d.). *The Family Violence Prevention Fund´s Review of the US Preventative Services Task Force Draft Recommendation and Rationale Statement on Screening for Family Violence*. San Francisco, CA: Family Violence Prevention Fund.

The Family Violence Prevention Fund. (2004). *National Consensus Guidelines*. *Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings* (2ª edição). San Francisco, CA: The Family Violence

Prevention Fund.

Wadman, M. C., & Muelleman, R. L. (1999). Domestic violence homicides: ED use before victimization. *American Journal of Emergency Medicine*, *17*, 689-691.

World Health Organization (2008). *The World Health Care Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever*. Geneva: WHO.

# 2. SARAR: Apoiar

"Um dos nossos deveres mais difíceis enquanto seres humanos é ouvir as vozes daqueles que sofrem. Contar as histórias do sofrimento constitui uma ação (…) por meio da qual quem sofre negoceia a reestruturação das suas próprias vidas. Ouvir essas histórias e responder-lhes com empatia constitui para o ouvinte um ato (…) igualmente importante que também contém uma possibilidade de alterações de vida significativas" (Frank, 1995, p. 25).

## 2.1. Atitudes a adotar relativamente à vítima, perante a confirmação de uma situação de violência

### 2.1.1. AO LONGO DA ENTREVISTA[1]

Quando recebemos uma resposta positiva ao *screening*, é fundamental ao nível da relação com a vítima:

• Não esquecer que está fragilizada (sentimentos de desconfiança e insegurança);

• Evitar a adoção de atitudes não solidárias ou culpabilizantes que possam reforçar o seu isolamento e a sua culpa;

• Reforçar a importância do segredo profissional;

[1] Ohio Domestic Violence Network. The Ohio Domestic Violence protocol for Health Care Providers: Standarts of Care (p. 14).

• Evitar juízos de valor;

• Estar atento aos sinais e sintomas de maus-tratos;

• Ter tempo para ouvir;

• Ajudá-l@ a reconhecer as suas próprias "histórias de violência".

• Sublinhar que ninguém merece ser magoado ou maltratado;

• Qualificar os seus sentimentos;

• Demonstrar disponibilidade para a esclarecer em tudo o que for necessário;

• Avaliar o risco/perigo associado à situação de violência;

• Refletir sobre a sua segurança;

• Não esquecer de perguntar se existem crianças em risco/perigo;

• Informá-la dos seus direitos e da legislação vigente[2] relativa à problemática da violência doméstica, assim como dos recursos existentes na comunidade capazes de responder às suas necessidades;

[2] Alguma da legislação a consultar:
- Crime de Violência Doméstica - artigo 152º do Código Penal - aspetos pertinentes (Lei nº59/2007, de 04 de Setembro);
- Lei 147/99 de 1 de Setembro - Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo;
- Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro - Estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas e revoga a Lei n.º 107/99, de 3 de Agosto, e o Decreto – Lei n.º 323/2000, de 19 de Dezembro; Regulamentação da lei 112/2009 de 16 de Setembro:Portaria 229-A/2010, de 23 de Abril, que aprova os modelos de documentos comprovativos da atribuição do estatuto de vítima; Portaria 220-A/2010, de 16 de Abril e Portaria 63/2011, de 03 de Fevereiro que estabelecem as condições de utilização dos meios técnicos de Teleassistência; Despacho 6810-A/2010, de 15 de Abril, que define os requisitos e qualificações necessários à habilitação dos técnicos de apoio à vítima;
- Regime de acesso ao Direito e Apoio judiciário – Lei nº 34/2004 de 29 de Julho e a Portarias nº 10/2008; Portaria nº 210/2008; Portaria n.º 654/2010 de 11 de Agosto (alterada pela Lei nº 47/2007 de 28 de Agosto);

• Informar que a violência tende a continuar e a maior parte das vezes existe um crescendo da frequência e severidade;

• Informar também que a violência tem um impacto negativo na sua saúde e a exposição à violência (direta ou indireta) pode "ferir" emocional e fisicamente os filhos ou outros familiares que coabitem no mesmo espaço;

• Encorajá-la a pedir ajuda, lembrando-lhe que não está sozinha e que

---

- O Regime de concessão de Indemnização às vítimas de crimes violentos e de Violência Doméstica - Lei nº 104/2009 de 14 de Setembro; Decreto-Lei n.º 120/2010 de 27 de Outubro (regula a constituição, o funcionamento e o exercício de poderes e deveres da Comissão de Protecção às Vítimas de Crimes);
- Lei n.º 129/99 de 20 de Agosto - Aprova o regime aplicável ao adiantamento pelo Estado da indemnização devida às vítimas de violência conjugal;
- Isenção de Taxas Moderadoras – o Decreto-Lei nº 173/2003 de 01 de Agosto posteriormente alterado pelo Decreto-lei nº 201/2007 de 24 de Maio e Despacho nº 20509/2008;
- Sobre a atribuição do Estatuto de Vítima ver Despacho n.º 7108/2011;
- Enquadramento legal da Rede Pública das Casas de Apoio a mulheres vítimas de violência – Lei 112/2009 de 16 de Setembro e Decreto Regulamentar nº 1/2006 de 25 de Janeiro sobre a organização e funcionamento das Casas de Abrigo;
- O enquadramento legal da Vigilância Eletrónica (artigo 152.º CP; artigos 200.º e 201.º CPP; artigo 35.º da Lei 112/2009 de 16 de Setembro; Lei n.º 33/2010 de 2 de Setembro);
- Código de Processo Penal (assistente, flagrante delito, buscas, medidas de coação, os meios de prova) Lei 48/2007 de 29 de Agosto;
- Aplicação de medidas para proteção de testemunhas em processo penal - Lei nº 93/99, de 14 de Julho, alterada pela Lei nº 29/2008 de 4 de Julho, Decreto - Lei nº 190/2003 de 22 de Agosto e Decreto – Lei nº 227/2009 de 14 de Setembro; Lei n.º 42/2010 de 3 de Setembro;
- Direito da Família e regulação das Responsabilidades Parentais - Código Civil (Lei 61/2008 de 31 de Outubro que veio alterar o Regime Jurídico do Divórcio);
- A União de Facto - aspetos relevantes - Lei nº 7/2001, de 11 de Maio; Lei n.º 23/2010 de 30 de Agosto que vem adotar medidas de proteção das uniões de facto; e
- Garantia de alimentos devidos a Menores – Lei nº75/98, de 19 de Novembro (regulamentada pelo Decreto-Lei nº164/99, de 13 Maio).

Na internet poderá encontrar em vários *sites* informação sobre esta matéria. Ver, por exemplo, o *site* da APAV (http://www.apav.pt/portal/).

desde já dispõe da sua ajuda;

• Ajudá-la a identificar profissionais a quem possa recorrer para ser ajudada;

• Discutir com ela uma estratégia de segurança e ajudá-la a desenvolver um plano a implementar em situação de perigo;

• Informar que poderá recorrer ao serviço de urgência do hospital, ou aos serviços locais de saúde, se necessitar de ajuda (ligar para o número europeu de emergência – 112);

• Reforçar que o "stress" associado a relações violentas é prejudicial para a saúde e no caso de estar já a sofrer de alguma patologia, que agravará o prognóstico da mesma.

Como consequência das dinâmicas associadas às problemáticas de violência, muitas das vítimas nas relações de intimidade estão isoladas, apresentando uma rede de suporte frágil, o que reforça ainda mais a vergonha e o medo que sentem no momento da revelação da situação de violência que estão a viver. Neste enquadramento, e visando reforçar algumas das atitudes já anteriormente referenciadas, é importante que o profissional de saúde valide a experiência da pessoa e as suas preocupações, sendo empático e evitando os juízos de valor, como já o afirmámos.

**Afirmações suportativas e qualificadoras**[3]

• Não está sozinha;

• Merece sentir-se segura;

• Lamento imenso que isto esteja a acontecer consigo;

• É muito importante que me tenha contado;

• Estou disponível para a ajudar;

• Estou preocupa@ com a sua segurança;

• Existem respostas e recursos disponíveis para si;

• A violência não é culpa sua;

• Não tem de lidar com isto sozinha, eu posso ajudar e dar-lhe alguma informação e contactos úteis.

**Afirmações/Questões a evitar**[4]

• É vítima de violência doméstica?

• Qual é a sua responsabilidade na discussão ou no episódio de violência física?

• Porque é que foi envolver-se com ele se já sabia que ele era violento?

• Porque é que não me contou antes?

• Porque é que não o deixou a primeira vez que ele lhe bateu?

• Porque é que não chama a polícia?

• Porque é que não pede uma medida de afastamento?

---

[3] Ver *Brigham and Women´s Hospital, Domestic Violence*. *A guide to Screening and Intervention*, p. 8.

[4] Ver *Brigham and Women´s Hospital, Domestic Violence*. *A guide to Screening and Intervention*, p. 8.

• Porque é que se manteve neste relacionamento?

### 2.1.2. NA CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE SEGURANÇA[5]

Perante uma situação de violência é fundamental definir um conjunto de medidas que a vítima poderá implementar para salvaguardar a sua integridade física bem como a dos filhos. Falamos do plano de segurança, um conjunto de regras que inclui a:

a) Segurança durante um incidente violento;
b) Segurança enquanto prepara a saída;
c) Lista do que quer levar quando sair;
d) Listagem de contactos telefónicos importantes;
e) Segurança em sua casa;
f) Segurança no trabalho e em público;
g) Segurança com despacho do Tribunal;
h) Segurança e saúde emocional.

De seguida desenvolvemos mais pormenorizadamente cada uma das regras de segurança acima mencionadas.

**Segurança durante um incidente violento**

• Se uma discussão lhe parecer inevitável, tente que decorra numa sala ou área com acesso a uma saída. Evite qualquer lugar perto de armas.

[5] Sobre um plano de segurança em casos de *stalking* consultar o "Stalking Resource Center" em http://www.ncvc.org/src/main.aspx?dbID=DB_Safety_Plan_GuideLines333 Para saber mais sobre *stalking* ver neste manual, no capítulo "Avaliar", o subponto 4.7.

• Identifique um@ vizinh@ a quem possa falar sobre a violência e peça-lhe que chame as forças de segurança se ouvir discussões ou sons que possam indiciar violência.
• Perante uma situação de perigo chame as forças de segurança logo que lhe for possível fazê-lo (através do número europeu de emergência - 112). Não se esqueça de combinar uma palavra de código que possa usar com a família, amig@s e vizinh@s quando precisar da ajuda.
• Tenha sempre uma mala pronta. Guarde-a num lugar secreto, mas acessível, pronta para sair rapidamente.
• Pratique como sair de casa em segurança. Identifique que portas, janelas, elevador ou escadas garantirão maior segurança e serão mais facilmente acessíveis.
• Decida e planeie para onde irá, se tiver de abandonar a sua casa (mesmo que pense que nunca necessitará de o fazer).

**Segurança enquanto prepara a saída**

• Embora existam instituições que prestam acolhimento a vítimas de violência doméstica, é importante pensar em mais alternativas. Numa situação de urgência, ter alguém da sua confiança no seu grupo de amig@s, vizinh@s, familiares onde poderá ficar a residir temporariamente ou que lhe empreste dinheiro se necessitar.
• Deixe dinheiro, um jogo de chaves extra, cópias de documentos importantes e uma muda de roupa com alguém de confiança.

• Abra uma conta-poupança em seu nome para começar a estabilizar ou a aumentar a sua independência.
• Guarde os números de telefone mais importantes e mantenha-os sempre à mão. Se não tem telefone em casa, defina um local (locais) a que no imediato possa ter acesso.
• Procure criar rotinas que lhe permitam fazer coisas fora de casa, como por exemplo: levar o lixo, passear o cão ou ir à loja.
• Providencie para que as crianças em situação de perigo fiquem em segurança.
• Não se esqueça de que a altura em que correrá mais perigo, será quando sair de casa.

**Lista do que quer levar quando sair**

Faça uma lista do que quer levar se precisar sair de casa numa situação de perigo eminente:

• Bilhete de Identidade /Cartão de Cidadão;
• Passaporte;
• Cartão de Contribuinte;
• Cartão da Segurança Social;
• Cartão dos Serviços de Saúde;
• Certidões de nascimento das crianças;
• Carta de condução, documentos do carro;
• As suas certidões de nascimento e casamento;
• Contrato de trabalho;

• Documentos relativos ao processo judicial/divórcio que eventualmente possa estar a decorrer;
• Licença de residência (se for cidadão estrangeiro);
• Chaves de casa, do carro e do trabalho;
• Dinheiro e cartão multibanco da sua conta pessoal;
• Livro de cheques e cartão de crédito pessoal;
• Contratos de *leasing*, hipoteca da casa e contas a pagar;
• Documentos de seguros;
• Registos médicos dos membros da família;
• Boletim de vacinas;
• Medicamentos;
• Registos e livros escolares;
• Retratos, joias, brinquedos das crianças, coisas de valor sentimental;
• Mala/Saco de roupa;
• Lista de moradas e telefones importantes para si;
•Animais domésticos (se for possível).

**Contactos importantes**

Os recursos específicos na área da Violência Doméstica – designadamente as estruturas de atendimento especializado - têm, atualmente, uma cobertura nacional. Os/as profissionais poderão e deverão articular-se diretamente com as estruturas que, na sua região, disponibilizam apoio social, psicológico e/ou jurídico em matéria de violência doméstica.

Para mais informações sobre os recursos disponíveis local e regionalmente, poderão contactar o Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica - 800 202 148 - linha telefónica de apoio, gratuita e confidencial.

A Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género encontra-se a atualizar o "Guia de Recursos na Área da Violência Doméstica" - disponível em www.cig.gov.pt - ferramenta de apoio a todos/as os/as profissionais que necessitam dos contactos disponíveis na sua, ou noutra, região.

**Segurança em sua casa**

• Mude as fechaduras de portas e janelas logo que possível. Mande colocar um "olho mágico" e aumente a intensidade das luzes exteriores. Poderá instalar, para maior segurança, fechaduras adicionais e/ou sistemas eletrónicos.

• Se as suas portas não oferecerem segurança procure substituí-las. Poderá associar barras nas janelas e trancas nas portas.

• Mude o seu número de telefone e assegure-se de que é confidencial. Não o revele a ninguém que não mereça a sua confiança.

• Informe vizinhos e senhorio de que o seu marido/companheiro já não vive consigo, e que eles deverão chamar as forças de segurança se o virem a rondar a sua casa.

• Ensaie um plano de segurança com as suas crianças para quando não estiver junto delas, e ensine-as a fazer uma chamada para si, ligar 112 – Gratuito e atendido logo na Central, PSP.

• Informe a escola ou o infantário acerca de quem terá permissão para as ir buscar.

**Segurança no trabalho e em público**

• Decida quem deve ser a pessoa a informar no seu local de trabalho sobre a sua situação. Se lhe parecer importante, para a sua segurança, providencie um retrato do agressor.
• Tenha alguém que filtre as chamadas que lhe forem dirigidas.
• Estabeleça um plano de segurança para a hora de saída do trabalho.
  - Defina quem a poderá acompanhar até ao carro, autocarro, comboio;
  - Use diferentes caminhos ao voltar a casa;
  - Tente antever o que faria se algo acontecesse aquando do seu regresso a casa.

**Segurança com despacho do Tribunal**

Segurança quando existe um despacho do Tribunal proibindo o agressor de permanecer em determinados locais ou de estabelecer contactos com a vítima:

• Tenha sempre o despacho do tribunal consigo. Deixe cópias no trabalho, com um(a) amigo(a), no carro, etc.
• Chame as forças de segurança se o agressor violar as regras definidas ao nível judicial (ligar o 112).

• Pense em alternativas para ficar segura, se a PSP ou a GNR não responder de imediato.
• Informe a família, amigos e vizinhos das decisões do Tribunal.
• Evite lugares na comunidade que possam ser frequentados pelo agressor.

**A sua segurança e saúde emocional**

• Se estiver a pensar voltar para uma potencial situação de violência, não o faça sem antes discutir um plano alternativo com alguém em quem confie.
• Se tiver de estabelecer contacto com o seu ex-marido/companheiro, avalie com cuidado a forma mais segura de o fazer.
• Seja muito clara e objetiva com os outros acerca das suas necessidades.
• Planeie integrar-se num grupo de apoio para conseguir ajuda e aprender sobre as leis e sobre os seus direitos.
• Decida a quem recorrer para lhe prestar a ajuda de que precisa.
• Consulte e obtenha informações relativas à problemática da violência doméstica.

## 2.2. Atitudes a adotar relativamente à potencial vítima perante a não confirmação de violência no presente

O que fazer se existe a suspeita que @ utente é vítima de violência mas est@ continua a negar a sua existência? E caso revele ter sido

vítima de violência no passado, mas não o seja no momento presente?

Se existe a suspeita que @ utente é vítima de violência mas est@ continua a negar a sua existência:

- Informe-@ da ajuda que existe disponível;
- Ofereça brochuras ou qualquer outra informação sobre a intervenção no âmbito da problemática da violência familiar/entre parceiros íntimos;
- Diga-lhe que mesmo que não precise dessa informação poderá ajudar um familiar ou amigo;
- Nas situações em que existe suspeita de violência tenha cuidado com a informação que escreve nos documentos que a eventual vítima leva para casa, sobretudo se esta for referente à problemática da violência associada ao contexto familiar.

Caso a pessoa revele ter sido vítima de violência no passado, mas não o seja no momento presente, importa avaliar se o assunto ainda a incomoda ou afeta física ou psicologicamente. Informe também que a violência poderá estar relacionada com os seus problemas de saúde atuais. Ofereça-se para marcar uma consulta posterior para em conjunto refletirem como ultrapassar esse problema.

## 2.3. Referências bibliográficas

Brigham and Women´s Hospital, Domestic Violence. (2004). *A guide to Screening and Intervention*. Boston.

Frank, A. (1995). *The wounded storyteller*. *Body, illness and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.

Ohio Domestic Violence Network (2003). *The Ohio Domestic Violence protocol for Health Care Providers: Standarts of Care*. Ohio: The Ohio Domestic Violence Network.

# 3. SARAR: Registar

## 3.1. O registo da situação de violência que motivou a vinda ao serviço de saúde

Colocar questões sobre violência nas relações de intimidade é a melhor maneira de identificar uma situação de violência. Mesmo que @ utente não diga que existe violência, perceberá que o profissional de saúde está preocupado e que a instituição de saúde onde se encontra é um lugar seguro para procurar ajuda, caso necessite. É tão só uma questão de "abrir e deixar a porta aberta".

Registos clínicos bem documentados são essenciais na prevenção de futuros episódios de violência. Representam uma evidência concreta, que poderá ter um papel essencial em qualquer caso que venha a ter um enquadramento judicial. Assim, quando se confirma a existência de violência é fundamental documentá-la, o que implica o registo detalhado e objetivo sobre a situação em causa. Importa pois registar a informação dada pela vítima sobre o episódio de violência, incluindo:

- A identificação da vítima e do agressor;
- A data e hora do episódio de violência que motivou a vinda ao serviço de saúde[1];
- A informação dada pela vítima;

[1] Visando, entre outros aspetos, avaliar a evolução da frequência e severidade da violência, importa registar a existência, ou não, de episódios anteriores de violência (física, sexual, psicológica, verbal, económica, etc), na presente relação.

• Detalhes específicos, como por exemplo: o tipo e a natureza das ameaças, as lesões sofridas, a arma usada;

• A avaliação clínica realizada;

• Os cuidados prestados;

• O plano de segurança definido;

• A referenciação e o encaminhamento da situação.

Sempre que a avaliação do profissional de saúde estiver em discordância com o que foi contado pela (potencial) vítima de violência, relativamente à situação que motivou a vinda ao serviço de saúde, a discrepância de "ponto de vista" deve ser anotada. Por exemplo: *"apesar da utente, atualmente grávida de 6 meses, relatar que bateu acidentalmente com a cabeça na esquina da porta, questiona-se se o ferimento não foi infligido. De registar que na anterior gravidez relatou vários episódios de violência física por parte do companheiro. De notar também que durante a entrevista evitou o contacto visual, recusou responder e começou a chorar quando lhe perguntei se o ferimento que apresenta não foi consequência do seu companheiro lhe ter batido".*

Outras sugestões para proceder à documentação do episódio de violência:

• Tendo em conta que a vítima ao longo do "ciclo da violência" não autoavalia a situação de violência do mesmo modo, registe, nas situações em que ela nega a existência de violência, "o *screening* para

a violência entre parceiros íntimos é negativo no momento presente" e não "a utente nega a situação de violência";

• Registe as afirmações espontâneas d@ utente usando "aspas" antecedendo o registo com *"@ utente referiu"* ou *"@ utente relatou"* (por ex., "a Zé relatou que o seu companheiro, o Manuel, lhe apertou o pescoço");

• Registe o que viu e ouviu *"@ utente estava a tremer e a chorar enquanto descrevia o episódio em que o marido ameaçou matá-la"*. Evite frases que deixem espaço para interpretações erradas ou ambíguas, como por exemplo: *"@ utente estava histérica"*;

• Descreva o que viu no exame objetivo, incluindo as localizações das lesões, o seu tamanho e forma, tal como a coloração. Evite o registo "subjetivo", porque isso poderá levar a contradições e dúvidas.

## Registo das lesões traumáticas da situação de violência que motivou a vinda ao serviço de saúde

A violência física representa o motivo mais frequente de denúncia e subsequente avaliação médico-legal, podendo ser identificada através de indicadores ou sinais de alerta. São sinais que correspondem às lesões, sendo estas muito variáveis, tendo em conta o tipo de mecanismo utilizado.

As lesões obedecem, regra geral, a um determinado padrão: lesões centrais (cabeça e pescoço, tronco, região genital e mamas), bilaterais, múltiplas, em diferentes estadios de evolução, como por exemplo equimoses com diferentes colorações (ver Figura 1), e lesões figuradas

(lesões que indicam o mecanismo da sua produção, como por exemplo as produzidas por cinto, corda, mão, dentes) (ver Figura 2); bem como sintomas, tais como inadequação da explicação sobre o mecanismo de produção da lesão, mudanças na explicação ou recusa em explicar, inadequação do intervalo de tempo entre a lesão e a procura de tratamento e história de lesões repetidas.

**Figura 1. Equimoses em diferentes estadios de evolução**

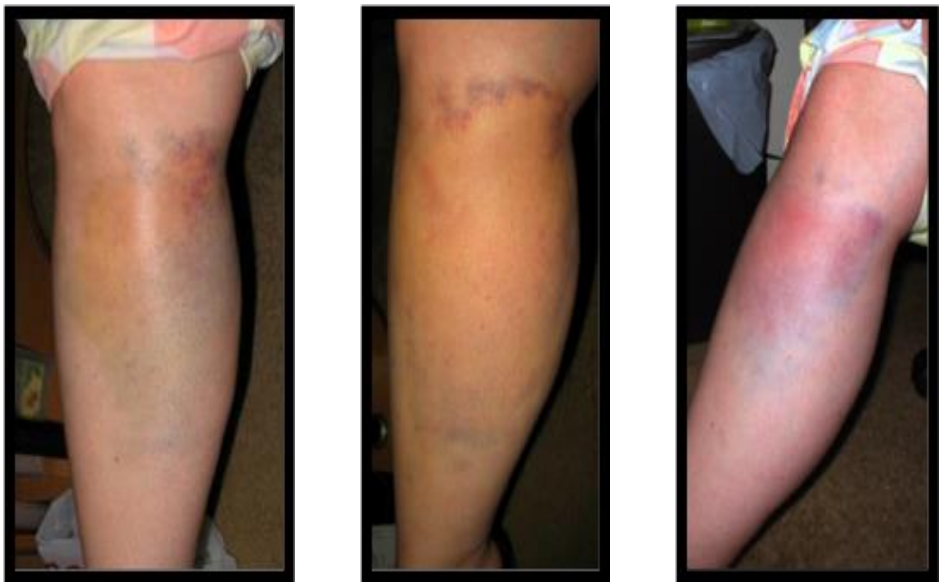


**Figura 2. Lesões figuradas**
**Foto à esquerda - equimose produzida por chicote;**
**Foto à direita – equimose produzida por fivela de cinto**

As lesões traumáticas mais frequentes são as de natureza contundente (e.g. equimoses, escoriações, feridas contusas, fraturas), sendo as mãos o instrumento mais utilizado. Contudo, podem também estar presentes lesões de outra natureza, tais como cortante (as produzidas por *armas brancas*) (ver Figura 3) ou perfuro-contundente (por disparo de armas de fogo), entre outras.

**Figura 3. Ferida incisa/cortante**

### ⟐ Quando a vítima apresenta lesões

• Assinale as lesões em diagramas para esse efeito (ver, como exemplos, Figuras 4 A, 4 B e 4 C) [2];

• Descreva as lesões e, se possível, "foto documente-as" (pedir o consentimento à vítima para o efeito);

• Quando possível tire fotografias antes de serem prestados cuidados médicos;

[2] Fonte das imagens apresentadas (4 A, 4 B e 4 C): California Emergency Management Agency (s.d.).

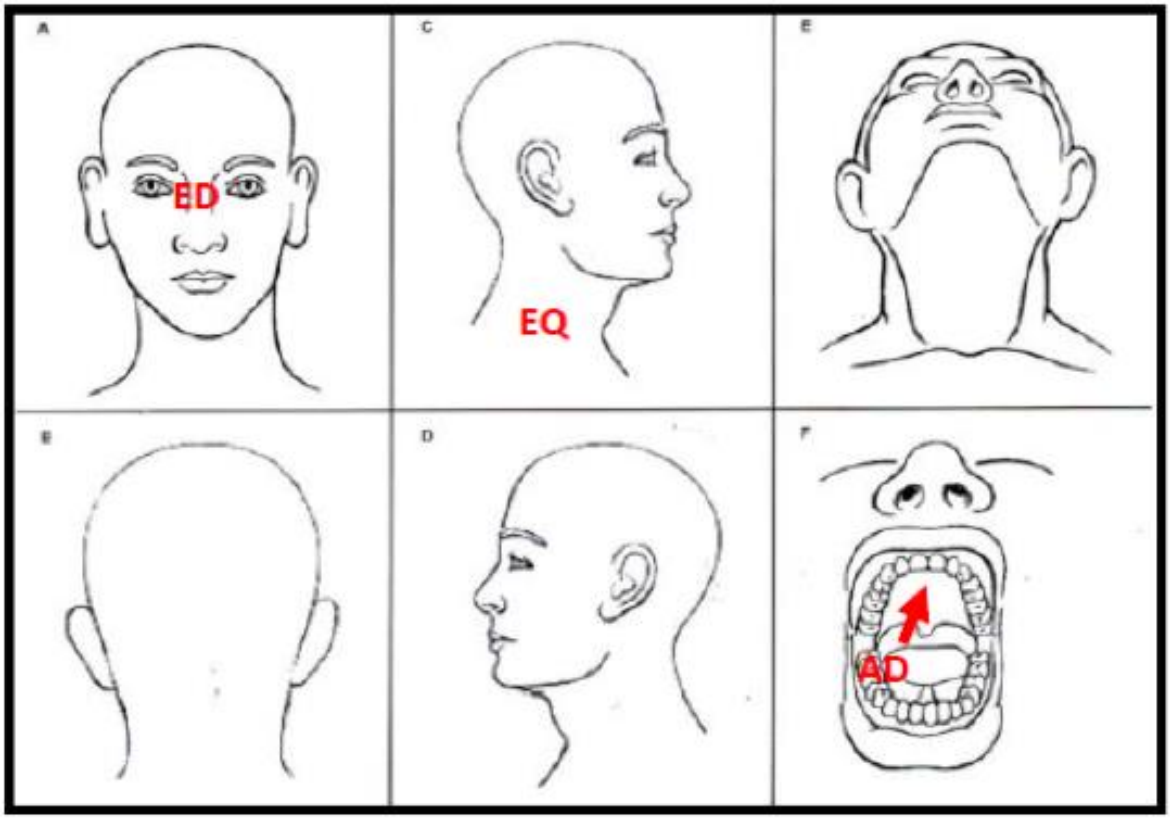
• Fotografe de diferentes ângulos (de corpo inteiro e planos aproximados);

• Use objetos, como moedas ou réguas, junto das lesões para dar uma ideia da escala;

• Tire pelo menos duas fotografias das áreas de lesão major;

• Identifique as fotografias (nome da vítima, data e nome de quem as tirou).

**Figura 4 A. Diagramas de registo de lesões**[3]




*Legenda:* **Lesões** □ Sim □ Não

[3]A legenda e os quadros que vêm imediatamente abaixo da figura devem ser repetidos para cada um dos diagramas (que surgem nas figuras 4 A, 4 B e 4 C).

| TIPO DE LESÃO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AD | avulsão dentária | FC | ferida contusa[4] | L/FD | luxação/fratura dentária |
| ED | Edema | FI | ferida incisa[5] | M | mordedura |
| EQ | equimose[6] | FR | fratura | OU | outras |
| ES | escoriação[7] | HM | hematoma[8] | Q | queimadura |

| Localização | Tipo de lesão | Descrição | Localização | Tipo de lesão | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

A título de exemplo, veja na imagem acima (ver Figura 4 A) como estão identificados (a vermelho) os tipos de lesão referenciados, e como os mesmos foram registados no quadro que acompanha o diagrama:

| Localização | Tipo de lesão | Descrição | Localização | Tipo de lesão | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|
| A | ED | Acentuado | | | |
| C | EQ | Arroxeada 3x1 cm | | | |
| F | AD | Dente 11 | | | |

[4] Solução de continuidade de todas as camadas da pele, de bordos irregulares e escoriados, com área equimótica e pontes tecidulares.

[5] Solução de continuidade da pele, fusiforme, de bordos retos e nítidos, sem lesões macroscópicas, de extremidades angulosas e fundo da ferida regular.

[6] Rutura de vasos e tecidos com integridade da superfície da pele, resultante de ação contundente exercida perpendicular ou obliquamente sobre a superfície corporal.

[7] Solução de continuidade da epiderme resultante de ação contundente exercida obliquamente, por deslizamento entre duas superfícies.

[8] Coleção de sangue em cavidade neoformada, com integridade da superfície da pele.

**Figura 4 B. Diagramas de registo de lesões**

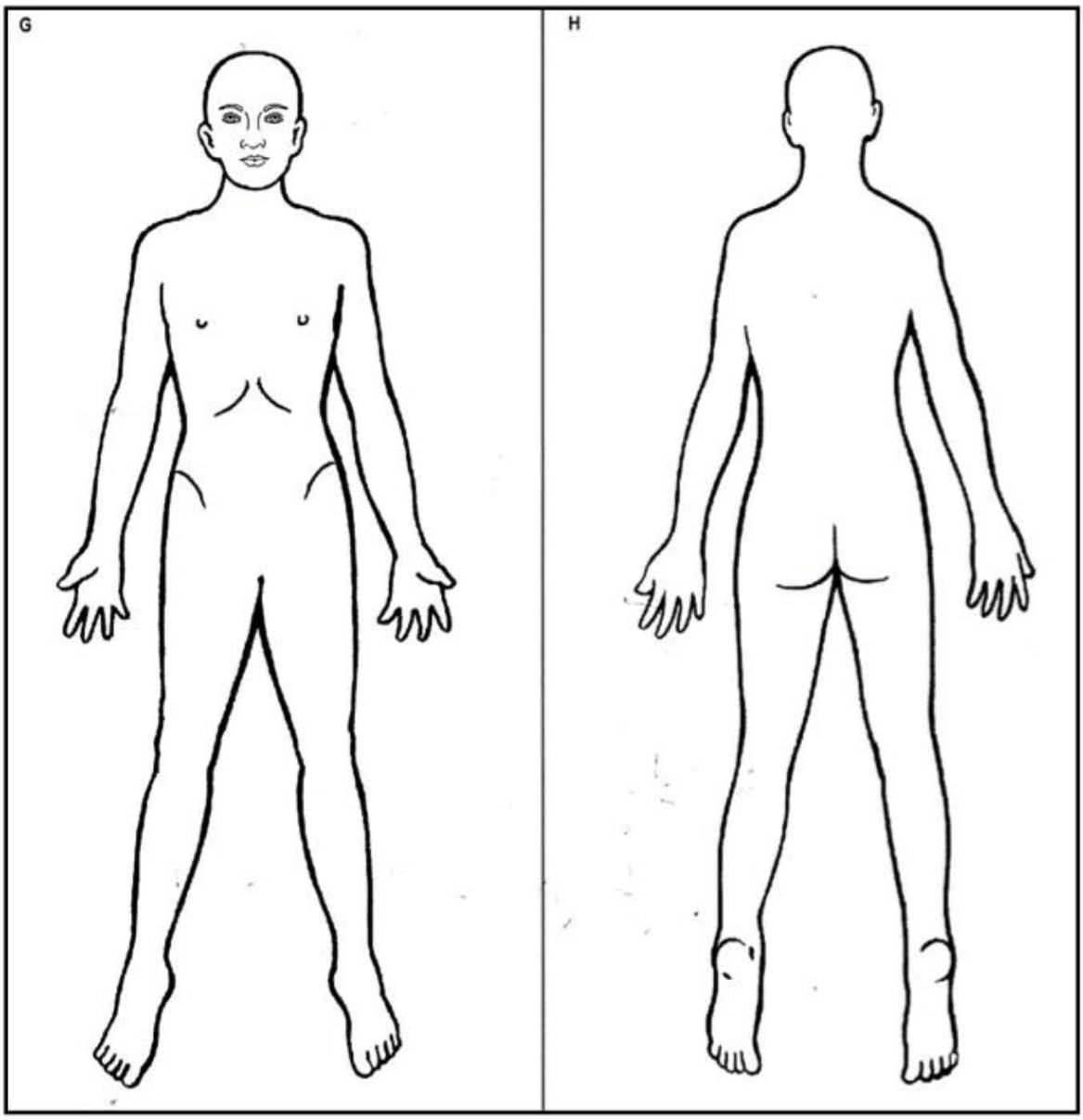
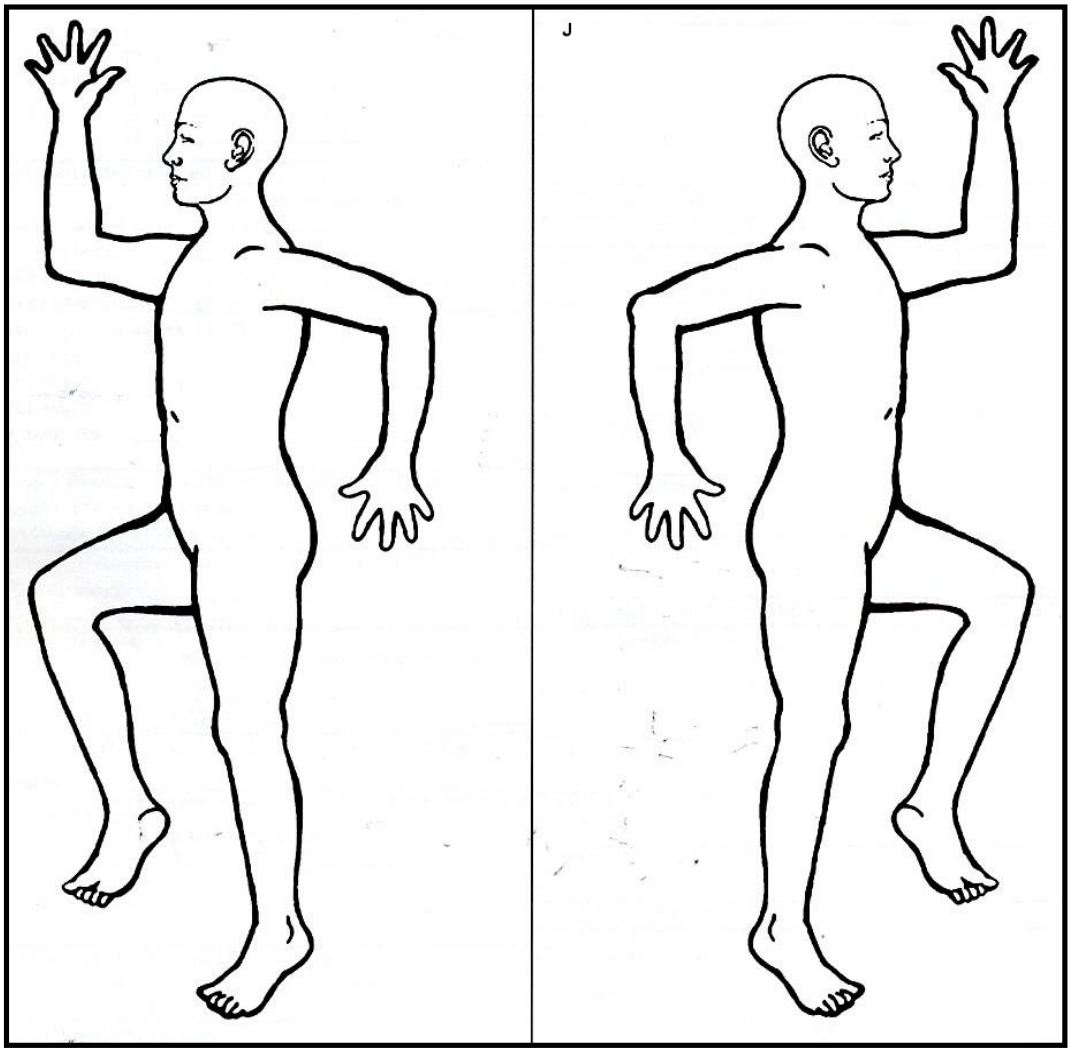


**Figura 4 C. Diagramas de registo de lesões**



Em casos de agressão sexual ou por armas, e tendo em vista a observação, colheita e preservação de vestígios e posterior elaboração do respetivo relatório médico-legal, deve pedir a colaboração d@ Médic@ Legista ou encaminhar a vítima para os Serviços Médico-legais.

## 3.2. Cuidados a ter na preservação da prova

### ⟐ A agressão sexual ocorreu até às 72 horas

Enquanto aguarda a chegada do Médico Legista, ter em atenção que a vítima:

- Deve evitar urinar (se necessário colher para contentor) ou defecar;
- Não deve lavar as mãos, órgãos genitais ou qualquer outra parte do corpo;
- Não deve lavar os dentes ou escovar o cabelo;
- Não deve mudar de roupa nem a lavar (se mudou de roupa, conservar a que usava à data da agressão).

### ⟐ A agressão sexual ocorreu há mais de 72 horas

Enviar a vítima aos Serviços Médico-Legais, no horário normal de funcionamento (09:00 H às 12:30 H e das 14:00 H às 17:30 H).

### ⟐ A agressão por armas

Havendo necessidade de imediata intervenção médica ou cirúrgica, colher eventuais projéteis ou corpos estranhos, assegurando o acondicionamento e envio às autoridades competentes. Nestes casos, é fundamental:

- A descrição do número de lesões, localização, dimensões (comprimento, largura, profundidade), forma, cor, bordos e periferia);
- Se possível, fotografar as lesões (perto/longe) antes de suturar.

**⟐ Se foi utilizada arma de fogo**

- Não lavar as mãos da vítima e protegê-las com sacos de papel;
- Não desinfetar ou suturar os ferimentos antes da observação pericial;
- Não cortar a roupa nos locais onde apresenta orifícios de entrada ou saída de projéteis;
- Guardar a roupa em sacos de papel.

**⟐ Se foi utilizada arma branca**

- Não desinfetar, ampliar ou suturar os ferimentos antes da observação pericial;
- Não cortar a roupa nos locais onde apresenta orifícios de entrada ou saída de armas brancas;
- Guardar a roupa em sacos de papel.

Saliente-se que, em muitos casos não existem sinais de violência, o que não invalida a possibilidade desta se ter verificado. Dado que muitas situações não deixam vestígios e estes desaparecem rapidamente, torna-se essencial a realização, o mais precocemente possível, do exame médico-legal.

## 3.3. O registo da natureza e tipologia da violência, no último ano (baseado no CTS[9] e no IVC[10])

Como vimos anteriormente, a natureza da violência é uma dimensão importante a avaliar quando estamos perante uma potencial situação de abuso. Trata-se da forma como o exercício do poder e do controlo se manifesta, utilizando, para isso, atos ou comportamentos diferentes, de natureza verbal, psicológica, física, sexual, económica, simbólica, etc. Em rigor, de acordo com o impacto da violência, ela só poderá ser psicológica ou física e psicológica; no entanto, tipicamente, os atos são subdivididos de acordo com a sua área temática (psicológica, física, económica, sexual).

A violência pode ser exercida de forma múltipla (através de vários atos) e revestir-se de infinitas configurações, dadas as idiossincrasias de cada sujeito/casal. A violência psicológica tem sido associada, na maioria das relações, à violência física. No entanto, reconhece-se que a primeira pode ocorrer nas relações em que não haja violência física, e as dinâmicas associadas podem mesmo divergir das dinâmicas da violência física. Loring (1994) notou que o padrão cíclico do abuso pode não ser aplicável em casos de abuso psicológico, que se pode manifestar mais numa escalada linear do que em repetidos ciclos de aumento da tensão e ataque violento.

Marshall (1996) sugeriu que formas de violência visíveis podem ser usadas por alguns agressores depois de tentativas de controlo mais

[9] *Conflict Tactics Scales* (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman,1996).
[10] Inventário de Violência Conjugal (Machado, Gonçalves & Matos, 2000).

subtis terem falhado (por ex., violência psicológica); notou que a violência subtil pode até ser mais efetiva em controlar a vítima do que a violência física, na medida em que a violência subtil justapõe-se com o comportamento amoroso/carinhoso, aumentando a incerteza da vítima quanto a si mesma. O'Leary e Jouriles (1994) afirmaram que esquemas de abuso psicológico contra crianças e adultos incluem rejeição, humilhação, ameaças e/ou atemorizar, exploração e/ou uso do "privilégio masculino" para obter serviços e isolamento. Embora haja similitudes, existem categorias que não são iguais para as crianças e para os adultos, relativamente ao abuso psicológico.

Walker (1984) definiu abuso psicológico, em relações adultas, como comportamentos que minam a autoestima do companheiro e o seu sentimento de controlo e segurança. Loring (1994) definiu o abuso psicológico como "um processo contínuo em que o indivíduo sistematicamente diminui e destrói o autoconceito do outro", sendo que o autoconceito inclui ideias, sentimentos, perceções e características de personalidade percebidas. Marshall (1994) define o abuso psicológico, primeiramente, em termos dos resultados. O abuso é conceptualizado como sendo "a comunicação do dia a dia e a interação com o companheiro" que mina a competência psicológica, emocional e comportamental da vítima, quer tenha havido uma intenção de abusar ou quer tenha resultado de uma preocupação amorosa, quer a vítima perceba ou não os efeitos. Walker (1979) especificou o abuso verbal, a humilhação social, o isolamento social e a privação económica como quatro tipos de maltrato emocional; mais

tarde incluiu: ameaças explícitas de violência, ameaças implícitas de violência, comportamento de controlo extremo, ciúme patológico e humilhação (*mental degradation*).

NiCarthy (1986) conceptualizou o abuso psicológico como sendo análogo ao conceito de "tortura", definido pela Amnistia Internacional, com categorias como monopolização das perceções e táticas de lavagem cerebral, usadas para distabilizar a perceção da vítima sobre a realidade (por ex., debilidade induzida, submissões ocasionais).

Se a violência física é fácil de diagnosticar, dado o seu impacto visível no corpo da vítima, já a violência psicológica, embora deixando marcas internas (que a curto ou longo prazo podem tornar-se igualmente visíveis), é mais difícil de constatar. Outra razão que leva a esta dificuldade de sinalização da violência psicológica é o *continuum* da normalidade subjacente a estes atos, no contexto das relações de intimidade. Quando usamos a palavra "normalidade" referimo-nos à frequência com que estes comportamentos ocorrem nas relações em geral, referimo-nos à normalização cultural de muitos deles e ao grau entre normal e patológico que eles podem representar. Os contextos, as perceções, as motivações, as intenções e os resultados afetam o modo como um comportamento aversivo em particular pode ser identificado como abuso (exceto em casos de atos extremamente patológicos).

Num estudo de Follingstad e DeHart (2000), 449 psicólogos cotaram 102 atos possíveis de abuso psicológico (desde a negligência subtil à

humilhação e ameaças claras), quanto à sua perceção de severidade. Destes, apenas 12 foram reconhecidos como "sempre abusivos" por mais de 90% dos profissionais. Foram encontrados 5 fatores reconhecidos como abuso psicológico, independentemente da perceção da vítima, mas influenciados pela frequência e intensidade:

- FATOR 1 - **Ameaças à saúde física**: inclui ameaças abertas de causar mal ou desfigurar a mulher, negar acesso a cuidados médicos, ameaçar pessoas significativas para a mulher;
- FATOR 2 - **Controlo da liberdade física**: inclui induzir debilidade através da restrição de liberdades físicas básicas, tais como não a deixar dormir, não a deixar sair de casa, forçá-la a comer de uma taça no chão e usá-la como uma prostituta;
- FATOR 3 - **Destabilização geral**: compreende um conjunto mais geral de comportamentos, embora alguns sejam formas sérias de abuso psicológico, e parecem ser dirigidos para a destabilização da mulher; inclui a destabilização psicológica através da intimidação, da humilhação e/ou do tratamento como alguém inferior e isolamento/restrição/monopolização;
- FATOR 4 - **Controlo**: inclui comportamentos que podem ser mais adequadamente classificados como sendo dominadores e controladores; inclui suspeição, outras formas de isolamento e/ou monopolização, chantagem emocional e rejeição, abuso verbal e tratar a mulher como sendo inferior;
- FATOR 5 - **Ineptidão**: descreve comportamentos que podem ser concebidos como uma ineptidão por parte do marido. Estes

> comportamentos exemplificam conformidade a papéis de género rígidos, assim como uma falha do marido para cumprir expectativas relativas aos papéis sociais dada a sua incompetência, egoísmo e desonestidade; são exemplos, um comportamento, esperar que a comida e as tarefas domésticas estejam feitas, recusar ver a família da mulher. Estes comportamentos raramente foram percebidos como "definitivamente abusivos".

O abuso psicológico está reservado aos atos que estão no fim severo de um *continuum* que, por virtude da sua presença, têm o potencial de produzir dano psicológico. De realçar que no diagnóstico da violência psicológica, é fundamental avaliar a intencionalidade subjacente aos atos (se existe ou não intenção de controlar e exercer domínio e poder).

As primeiras tentativas para conceptualizar o maltrato psicológico começaram quando profissionais estavam a investigar o maltrato parental sobre os filhos. Sete grandes subtipos de abuso psicológico parental foram identificados: rejeição, humilhação, aterrorização, isolamento, socialização negativa, exploração e negação da responsividade emocional.

Follingstad, Coyne e Gambone (2005) fizeram uma revisão da literatura sobre comportamentos indicativos de agressão psicológica em relações íntimas adultas e assumiram 17 categorias de agressão psicológica: ameaças/intimidação; distabilizar perceções sobre a realidade; isolamento/monopolização; tratar como inferior; estabelecimento de poder através de rejeições; abuso verbal/crítica;

ciúmes/suspeição; monitorização/controlo; papéis de género rígidos; controlo sobre comportamentos pessoais; rejeição emocional/física; vergonha/humilhação pública; comportamento relativo a questões de fidelidade que magoam; mentir/deceção; culpar; manipulação; atacar a atração/sexualidade.

O "Measure of Psychologically Abusive Behavior" (MPAB), de Follingstad, Coyne e Gambone (2005), apresenta 14 categorias de abuso psicológico, compreendendo 42 comportamentos que as traduzem. As categorias são as seguintes: sadismo; ameaças; isolamento; manipulação; humilhação pública; abuso verbal; ofender através da sexualidade; monitorização; ambiente hostil; ofender através da fidelidade; ciúmes; rejeição emocional/física; controlo de decisões pessoais. Estas categorias fariam parte do maior grau de severidade no *continuum* dos maus-tratos psicológicos. Os comportamentos sádicos e de ameaça foram cotados como as piores formas de abuso psicológico; a seguir foram mais cotados aqueles comportamentos que tinham o objetivo de ofender os sentimentos da vítima sobre si mesma (abuso verbal, ofender através da sexualidade e do aspeto físico, humilhação pública, criar um ambiente hostil) e aqueles que pretendiam manter o companheiro numa posição inferior e sem ajuda de outros para manter o seu autoconceito (isolamento da família/amigos, ameaças de inferioridade, monitorização). De realçar que, neste estudo, de todas as características sociodemográficas, apenas o género estava relacionado com as cotações dos participantes

relativamente aos itens de abuso psicológico: as mulheres cotaram estes atos psicológicos como violações mais sérias do que os homens.

Visando a sistematização de atos violentos, Machado, Gonçalves e Matos (2000), da Universidade do Minho, apresentaram em 2000 o "Inventário de Violência Conjugal", instrumento testado e aferido para a população portuguesa. Trata-se de uma listagem de atos potencialmente violentos (que terão necessariamente de ser contextualizados e interpretados à luz da relação em que eles se inserem, das motivações que lhe estão subjacentes e das suas consequências), que se dividem em psicológicos, físicos e sexuais.

Embora alguns autores distingam a violência verbal, pela sua frequência nas relações de casal e pelo impacto específico na saúde e bem-estar dos indivíduos, aqui consideramo-la apenas mais uma forma de exercício de violência psicológica sobre o sujeito.

De seguida apresentamos uma listagem de atitudes/comportamentos considerados formas de violência psicológica, física e sexual (ver Quadro 1), e que poderá ser utilizada aquando de uma entrevista com cada um dos elementos da relação.

**Quadro 1. Proposta de avaliação da natureza da violência**

*Assinalar com uma cruz, e com o respetivo número (no que diz respeito à frequência), caso a pessoa tenha praticado ou sofrido algum destes atos no último ano, no contexto da sua atual relação de intimidade.*

*Questionar também se no passado (anterior ao último ano) praticou ou sofreu algum destes atos, no contexto de uma anterior relação de intimidade.*

| COMPORTAMENTOS | EU FIZ | EL@ FEZ | FREQUÊNCIA[11] |
|---|---|---|---|
| **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA** | | | |
| Insultar ou chamar nomes, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou ferir | | | |
| Partir ou danificar coisas intencionalmente (ex., móveis, objetos pessoais) ou deitar a comida para o chão para meter medo | | | |
| Acordar a meio da noite para causar medo | | | |
| Impedir o contacto com outras pessoas (ex., desviar correspondência, tirar as chaves, obrigar a pessoa a deixar de trabalhar / estudar, impedi-la de sair de casa, cortar o telefone) | | | |
| Perseguir na rua, no emprego, ou no local de estudo, para causar medo | | | |
| Gritar ou ameaçar para meter medo | | | |
| Criticar a aparência (chamar de gordo ou feio) / Acusar de ser um mau amante | | | |
| Sair abruptamente da sala, da casa ou de qualquer outro local durante um desentendimento | | | |
| Fazer algo para enfurecer o companheiro(a) | | | |

[11] A Frequência deve ser assinalada de acordo com a seguinte escala: 1 - Nunca aconteceu; 2 - Já aconteceu, 1 ou 2 vezes no último ano; 3 - Já aconteceu várias vezes no último ano.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ameaçar ferir ou atirar alguma coisa ao outro | | | |
| Ameaçar com armas (ex., faca, pistola, objetos cortantes) ou usando de força física | | | |
| Utilizar um tom brusco e autoritário | | | |
| Minimizar/Negar a severidade da violência | | | |
| Ameaçar matar animais domésticos para intimidar | | | |
| Ignorar/Negligenciar necessidades físicas e / ou afetivas | | | |
| Tratar como inferior/Ridicularizar/Criticar e culpabilizar os seus pensamentos ou os seus atos | | | |
| Acusar de traição/ciúme excessivo/Controlo | | | |
| Escutar as conversas do outro | | | |
| Contabilizar o tempo que demora a chegar a algum sítio, no sentido de controlar | | | |
| Criticar amigos ou família no sentido de inferiorizar o outro | | | |
| Ameaçar matar-se caso a sua vontade não seja satisfeita | | | |
| Ameaçar represálias, uso da violência | | | |
| Ameaçar retirar os filhos, ficar na sua posse e não permitir o acesso deles à outra parte | | | |
| Ameaçar usar da força para conseguir algum benefício sexual | | | |
| Ignorar/Rejeição/Chantagem emocional e ou sexual | | | |
| Humilhação social | | | |
| Sadismo | | | |
| Uso dos "privilégios masculinos" para obter serviços/expectativas rígidas relativamente ao género | | | |
| Destabilização psicológica/destabilizar a perceção da mulher quanto à realidade | | | |
| Intimidação e/ou Assédio | | | |
| Manipulação | | | |
| Exploração/Objetificação | | | |
| Controlar o dinheiro e as contas bancárias/ Controlar todas as despesas | | | |
| Obrigá-la(o) a transferir o seu salário para a | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| conta dele ou Não lhe dar o dinheiro necessário para as despesas quotidianas | | | |
| Considerar o salário do outro como secundário/ desvalorizar o trabalho | | | |
| Impedi-la(o) de trabalhar | | | |
| Obrigá-la(o) a demitir-se ou a mudar de tipo de trabalho | | | |
| Esconder informação financeira | | | |
| Destruir propriedade/bens comuns | | | |
| Impedir o outro de ter acesso ao dinheiro, ao livro de cheques, ao cartão multibanco | | | |
| Fazer dívidas propositadamente, para que estas recaiam sobre o outro | | | |
| **VIOLÊNCIA FÍSICA** | | | |
| Puxar os cabelos | | | |
| Prender com as mãos/Torcer o braço/Agarrar com força | | | |
| Dar pontapés ou cabeçadas | | | |
| Bater com a cabeça contra a parede ou contra o chão | | | |
| Cuspir | | | |
| Sufocar | | | |
| Queimar ou Escaldar de propósito | | | |
| Atirar ou bater com objetos para magoar | | | |
| Puxar os cabelos com força | | | |
| Esmurrar/Esbofetear | | | |
| Empurrar com força/Puxar rudemente/Atirar contra a parede | | | |
| Morder | | | |
| Beliscar | | | |
| Estrangular/Apertar o pescoço | | | |
| Choques elétricos | | | |
| Dar uma tareia/sova | | | |
| Usar facas ou armas de fogo | | | |

| **VIOLÊNCIA SEXUAL** | | | |
|---|---|---|---|
| Violação (usar a força, batendo, detendo ou usando uma arma, para que o outro mantenha atos sexuais contra a sua vontade) | | | |
| Coação de atos sexuais sádicos/tratar o outro como objeto sexual | | | |
| Ser forçada a agir segundo as "fantasias" sexuais do seu cônjuge | | | |
| Ser obrigada a reproduzir cenas pornográficas | | | |
| Ser amarrada à força | | | |
| Ser penetrada à força | | | |
| Ser penetrada à força com um objeto | | | |
| Ser insultada, humilhada ou brutalizada | | | |
| Exigir sexo após a situação de violência | | | |
| Forçar a ter sexo com outro(s) | | | |
| Forçar a gravidez ou o aborto | | | |
| Forçar membros da família a verem materiais pornográficos | | | |
| Obrigar a ter relações sexuais sem preservativo | | | |
| Insistir em carícias desagradáveis | | | |
| OUTROS (incluir a descrição de outros comportamentos considerados violentos) | | | |
| | | | |
| | | | |

## 3.4. Referências bibliográficas


California Emergency Management Agency. (s.d.). *Forensic medical report: Domestic violence examination CAL EMA 2-502*. California: California Emergency Management Agency.

Follingstad, D. R., & DeHart, D. (2000). Defining psychological abuse of husbands toward wives: Contexts, behaviors and typologies. *Journal of Interpersonal Violence*, *15* (9), 891-920.

Follingstad, D., Coyne, S., & Gambone, L. (2005). A Representative Measure of Psychological Aggression and Its Severity. *Violence and Victims*, 20 (1), 25-38.

Loring, M. T. (1994). *Emotional Abuse*. New York: Lexington Books / MacMillan.

Machado, C., Gonçalves, M. & Matos, M. (2000). *IVC – Inventário de Violência Conjugal*. Texto policopiado. Braga: Universidade do Minho.

Marshall, L. L. (1996). Psychological abuse of women: six distinct clusters. *Journal of Family Violence*, *11* (4), 379-409.

NiCarthy, G.(1986). *Getting free: a handbook for women in abusive relationships*. Seattle, WA: Seal Press.

O'Leary, K. D., & Jouriles, E. N. (1994). Psychological abuse between adult partners: Prevalence and impact on partners and children. L'Abate, Luciano (Ed.), *Handbook of Developmental Family Psychology and Psychopathology* (330-349). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data *Journal of' Family Issues, 17* (3). 283-316.

Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper and Row.

Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.

# 4. SARAR: Avaliar

## 4.1. Avaliar: Uma perspetiva "multidimensional" e ecológica

Não há um fator único que explique por si só porque é que algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque é que a violência ocorre mais frequentemente em algumas comunidades do que noutras. Mesmo havendo um consenso emergente de que há uma interação de fatores individuais, relacionais, sociais e culturais, que se combinam para causar esta violência, ainda é limitada a informação sobre quais são os fatores mais importantes para a explicar (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Entender como esses fatores se relacionam nos contextos associados a violência — fundamental para a prevenção desta problemática — levou a Organização Mundial de Saúde a adotar o modelo ecológico como modelo de "leitura" e compreensão para a violência.

Como refere a OMS (Krug et al., 2002), a informação existente relativamente aos fatores identificados, do micro ao macro, deve ser "lida" como incompleta e experimental, pois vários outros fatores importantes poderão estar a faltar. Algumas breves notas sobre estes fatores:

### 4.1.1. NÍVEL INDIVIDUAL

O nível individual coloca o enfoque nas características que poderão aumentar a probabilidade de se ser vítima ou perpetrador em contextos associados a situações de violência familiar/entre parceiros íntimos. A este nível poderemos destacar:

•***Histórico de violência na família:*** Entre os fatores da história pessoal, a violência na família de origem surge como um fator de risco particularmente importante. Conforme refere a OMS (Krug et al., 2002), estudos realizados em vários continentes chegaram à conclusão de que os índices de abuso eram muito mais altos entre as mulheres cujos maridos sofreram violência quando eram crianças ou viram as suas mães a sofrer. Importa, contudo, registar que, nem todos os meninos que testemunham violência se tornam agressores em adultos (Caeser,1998). Neste enquadramento, e como sugere a OMS (Krug et al., 2002), uma questão teórica que poderemos colocar é o que é que diferenciará os homens que, apesar das adversidades que enfrentaram na infância, conseguem criar relacionamentos saudáveis e não violentos, daqueles que se tornam perpetradores de violência?

•***Consumo de álcool:*** O álcool não é a causa, mas pode contribuir para aumentar o risco de violência doméstica. Muitos investigadores creem que o álcool opera como um fator conjuntural, que ao reduzir as inibições e ao diminuir a capacidade do indivíduo para avaliar a situação, aumenta o risco de violência (Flanzer, 1993). Segundo

Johnson (1996), os homens que beberam são mais violentos no momento da agressão. Para Rodgers (1994), as mulheres que vivem com indivíduos que bebem imoderadamente correm um risco cinco vezes maior, comparativamente às mulheres que vivem com homens que não bebem, de serem agredidas fisicamente pelos mesmos.

***•Psicopatologia/Personalidade:*** Ao analisar o perfil do agressor, observa-se que este não faz parte de um grupo homogéneo (Hamberger & Holtzworth-Munroe, 1999). Segundo Kantor e Jasinski (1998) é mais provável que os homens que agridem as esposas são emocionalmente dependentes, inseguros, têm baixa autoestima e dificuldades em controlar impulsos Também é mais provável que, comparativamente aos homens não violentos nas suas relações de intimidade, mostrem maior raiva e hostilidade, sejam depressivos e obtenham alta pontuação em determinadas escalas de distúrbios da personalidade, inclusive distúrbios da personalidade antissocial, agressiva e *borderline*. A proporção de agressões praticadas por parceiros que apresentam psicopatologia parece ser relativamente baixa em cenários onde a violência de género é comum[1].

### 4.1.2. NÍVEL RELACIONAL

Ao nível relacional, conflitos e desavenças precedem a violência no

[1] Segundo Dutton e Golant (1997), Echeburúa e Corral (2002) e Klein e Tobin (2008), em cerca de 20% dos casos os agressores sofrem de uma perturbação psiquiátrica.

casal; o conflito verbal entre os cônjuges apresenta uma relação significativa com a posterior agressão física d@ companheir@. Vários estudos referenciados pela OMS (Krug et al., 2002) produziram uma lista consistente de eventos que funcionam como precipitantes da violência de género; a título de exemplo: não obedecer ao homem, responder-lhe, não ter a comida pronta a horas, não cuidar de forma adequada das crianças ou da casa, questioná-lo sobre dinheiro ou namoradas, ir a algum lugar sem a permissão dele, recusar-lhe sexo, ele suspeitar da infidelidade dela.

### 4.1.3. NÍVEL COMUNITÁRIO

O terceiro nível do modelo ecológico, o comunitário, analisa os contextos onde o relacionamento "acontece" e procura identificar as características desses cenários que estão associadas ao facto de a pessoa ser vítima ou perpetradora de violência.

Um alto nível de mobilidade residencial (em que as pessoas não ficam por muito tempo numa mesma morada), a heterogeneidade (população muito diversa, com pouco "vínculo" social que una as comunidades) e uma alta densidade populacional, são exemplos dessas características e todas têm sido associadas à violência. Outros fatores, como tráfico de drogas, altos níveis de desemprego ou o isolamento social também contribuem para aumentar o risco de violência. Pesquisas sobre

violência mostram que a pobreza[2], a deterioração física e comunidades onde há pouco apoio institucional, são fatores de risco de violência. Pelo contrário, as sociedades com sanções contra a violência de género e onde as mulheres que sofreram abuso têm acesso a um refúgio, na forma de abrigos ou de apoio da família, apresentam níveis mais baixos de violência de género (Counts, Brown & Campbell, 1992).

### 4.1.4. NÍVEL SOCIOCULTURAL

O quarto e último nível do modelo ecológico, o social, analisa os fatores sociais mais amplos que influenciam os índices de violência. Aqui estão incluídos os fatores que criam um clima favorável à violência, os que reduzem as inibições contra a violência e aqueles que criam e sustentam lacunas entre os diferentes segmentos da sociedade ou tensões entre diferentes grupos ou países. Vários estudos

---

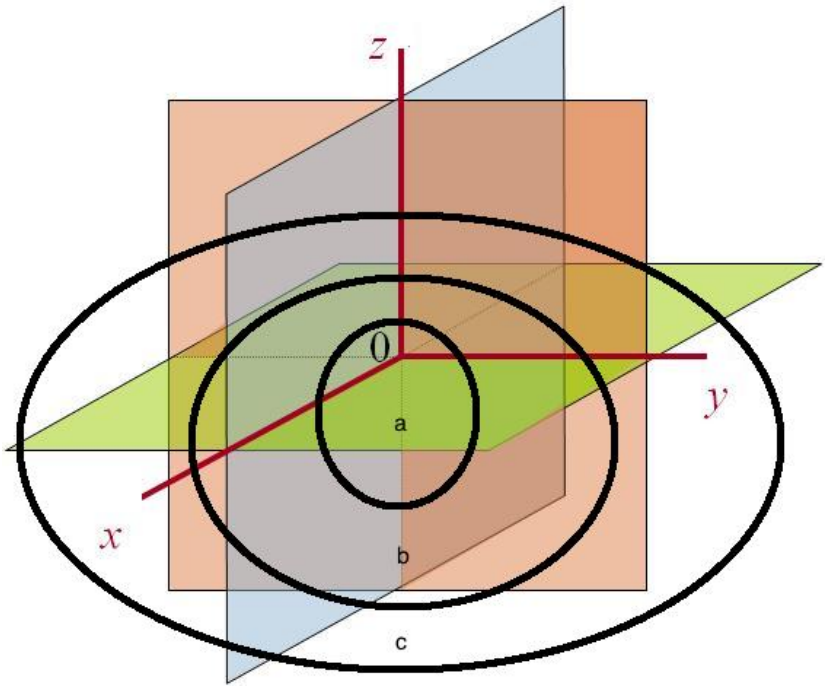
[2] Ainda não está claro porque é que a pobreza aumenta nos contextos de intimidade o risco de violência. Segundo a OMS (Krug et al., 2002), vários estudos mostram que — mesmo que a violência física contra a mulher esteja presente em todos os grupos socioeconómicos — as mulheres que vivem em situação de pobreza são muitíssimo mais afetadas. De registar que, para alguns homens, viver na pobreza pode gerar *stress*, frustração e uma sensação de inadequação por não ter conseguido cumprir seu papel de provedor, como é culturalmente esperado. Para a mulher a pobreza poderá dificultar o abandono da relação. Conforme refere a OMS (Krug et al., 2002), quaisquer que sejam os mecanismos exatos, é provável que a pobreza atue como um "marco" para diversas condições sociais que se combinam para aumentar o risco enfrentado pelas mulheres.

Uma situação socioeconómica elevada normalmente parece oferecer uma certa proteção contra o risco de violência física contra um parceiro íntimo, apesar de haver exceções (Schuler, Hashemi, Riley, & Akhter, 1996).

referenciam diversos fatores sociais e culturais que podem dar origem a níveis mais elevados de violência. Conforme refere a OMS (Krug et al., 2002), os principais fatores sociais incluem: (a) normas culturais que apoiam a violência, como uma forma aceitável para solucionar conflitos; (b) atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência que pode ser evitado; (c) normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar das crianças; (d) normas que reafirmam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; (e) normas que validam o uso abusivo da força pela polícia contra os cidadãos; (f) normas que apoiam os conflitos políticos. Os fatores sociais mais amplos incluem ainda as políticas de saúde, educacionais, económicas e sociais que mantêm altos os níveis de desigualdade económica e social entre os grupos na sociedade.

Tendo em vista promover estratégias que nos permitam uma leitura e compreensão do problema numa perspetiva transversal, desenvolvimental e relacional defendemos uma avaliação "multidimensional" da situação de violência (ver Figura 1), isto é, uma avaliação que nos permita recolher informação aos vários níveis organizacionais da história de vida (individual, familiar/relacional, comunitário e social), ao longo do ciclo vital e transversalmente, e que em simultâneo ajude a potenciar o "insight" em relação ao "problema" e a motivação para aceitar a intervenção.

**Figura 1. Avaliação "multidimensional" da situação de violência**




**Legenda:**

**x - corte longitudinal: do nascimento até ao momento atual**
**y - corte transversal: "hoje"**
**z - intervenção terapêutica**
**0 - "ponto de encontro" d@ utente com o terapeuta**
**a – micro ; b – exo ; c – macro**

Visando alcançar tais objetivos importa pois — a par com a elaboração de uma HISTÓRIA CLÍNICA e sociofamiliar "ecológica" — investir em estratégias de recolha de informação que, pelas suas características intrínsecas, que mais à frente abordaremos, nos permitem uma leitura e compreensão associadas a vários enfoques temporo-espaciais e relacionais (incluindo o envolvimento das redes primárias e secundárias de suporte), matriz fundamental para uma avaliação mais precisa e adequada às reais necessidades dos "atores" envolvidos em contextos associados à violência. Falamos do

GENOGRAMA, do MAPA DE REDE, da AVALIAÇÃO DO RISCO/PERIGO e do eventual uso de outros instrumentos mais específicos dirigidos ao diagnóstico da existência ou não de doença mental, ao estudo da depressão/ansiedade, ao *stress* pós-traumático, entre outros.

## 4.2. História Clínica - Indicadores de violência familiar/entre parceiros íntimos

" *Há um lance no exercício da profissão que sempre me apaixonou: a anamnese*. *O relato dos padecimentos feito pelo doente à cordialidade inquisidora do médico*. *É ele o grande momento humano do ato clínico*." (Miguel Torga, 1976, pp. 55-56)[3].

Tendo em conta os aspetos já anteriormente abordados, importa agora construir a história d@ utente, colocando na sua elaboração enfoque num conjunto de problemáticas de saúde que poderão estar associadas à vitimação.

"*O relato dos padecimentos feito pelo doente à cordialidade inquisidora do médico"* representa sem dúvida o tempo-espaço interacional fundamental para essa construção. No estudo de Hampton, Harrison, Mitchell, Prichard, & Seymour (1975) a concordância do diagnóstico inicial obtido através da anamnese com o diagnóstico definitivo foi de 82,5%, sendo o exame físico e o

[3] Torga, M. (1976). *Diário IX* (2.ª edição), Coimbra. Edição do Autor.

laboratório elementos fundamentais para o diagnóstico em apenas 8,6% dos pacientes, respetivamente. Também no estudo prospetivo de Roshan e Rao (2000) a história clínica levou ao diagnóstico correto em 78,6% dos pacientes, o exame físico em 8,2% e a avaliação laboratorial em 13,27% dos casos.

Segundo o *Domestic Violence*. *A Guide to Screening and Intervention* (Brigham and Women´s Hospital, Domestic Violence, 2004), do "Brigham and Women's Hospital – Mary Horrigan Connors Center for Women's Health", importa ter em conta na construção da história clínica um conjunto de indicadores, que apresentamos no quadro seguinte (ver Quadro 1)[4], e cuja presença poderá indiciar a existência de violência no contexto da relação de intimidade.

**Quadro 1. Indicadores para a construção da história clínica**

| | |
|---|---|
| **História** | • Dor crónica não explicada (dor de cabeça, dor abdominal/pélvica, dor no peito)<br>• Situações médicas crónicas, tais como: queixas crónicas do foro ginecológico, síndrome do colon irritável, "dores crónicas nas costas e nas articulações", fadiga, queixas somáticas várias<br>• Doenças sexualmente transmissíveis e exposição ao HIV através de coação sexual<br>• Múltiplos abortos terapêuticos<br>• Exacerbação dos sintomas de doença crónica (ex.: diabetes, asma)<br>• Lesões na cavidade oral, dor facial |

[4] De acordo com Brigham and Women´s Hospital, Domestic Violence (2004), o quadro apresentado é uma adaptação de "Eisenstat, S & Bancroft, L, Primary care: Domestic Violence, New England Journal of Medicine, 1999; 341: 886-92 and Lewis-O'Connor, A., Neighborhood Health Plan, 1997 and Passageway at BWH – Training Materials" (p. 7).

| | |
|---|---|
| | • Não cumprimento dos tratamentos prescritos; faltas frequentes às consultas |
| **Sintomas Psicológicos** | • Insónia; outras perturbações do sono<br>• Depressão e ideação suicida<br>• Sintomas de ansiedade e perturbação de pânico<br>• Perturbações alimentares<br>• Abuso de substâncias, incluindo o tabaco<br>• Perturbação de *Stress* Pós Traumático<br>• Perturbações somatoformes<br>• Frequência de Serviços de Psiquiatria pela vítima ou pelo seu parceiro |
| **Sintomas Físicos e Características Comuns das Lesões Causadas por Violência Doméstica** | • Qualquer lesão, especialmente na face, cabeça, pescoço, peito, abdómen e áreas genitais<br>• Higiene oral pobre<br>• Traumatismo oral (lesões da boca, incluindo os dentes, lábios, gengivas, língua e mandíbulas) ou da articulação temporomandibular<br>• Queimaduras<br>• Sinais de abuso sexual<br>• Distribuição central das lesões, podendo ser escondidas pela roupa<br>• Lesões defensivas nos antebraços<br>• Lacerações nos pulsos ou nos tornozelos resultantes de estar presa<br>• Lesões que não são explicadas de forma coerente ou consistente<br>• Lesões em múltiplas áreas<br>• Equimoses de diferentes tamanhos e formas, refletindo diferentes tipos de armas usadas<br>• Equimoses em diferentes estágios de cicatrização |
| **Indicadores Comportamentais** | • Demora na procura de tratamento<br>• Repetidas idas aos Serviços de Urgência ou aos Cuidados Primários de Saúde por traumatismos<br>• História contada de forma evasiva durante a avaliação clínica<br>• Referências ao temperamento do parceiro ou à |

| | |
|---|---|
| | sua raiva<br>• Relutância em falar à frente do parceiro<br>• O parceiro responde a todas as perguntas dirigidas à utente ou insiste em estar presente depois de ser convidado a sair do gabinete de consulta<br>• Parceiro excessivamente atento ou abusivo verbalmente<br>• Abuso ou negligência das crianças, de uma pessoa incapacitada ou de um idoso<br>• Abuso de animais |
| **Indicadores Durante a Gravidez ou no Período Peri-Natal** | •Faltas frequentes às consultas pré-natais, cuidados pré-natais tardios ou ausência de cuidados pré-natais<br>• Baixo ganho de peso materno<br>• Qualquer lesão traumática, incluindo "quedas" (1/3 dos traumas durante a gravidez devem-se a "quedas")<br>• Complicações tais como abortos, bébé de baixo peso à nascença, trabalho de parto prematuro, rutura das membranas prematura e hemorragia antes do parto<br>• Poucos cuidados pessoais e postura submissa<br>• Abuso de substâncias, incluindo tabaco ou álcool durante a gravidez |

Roberts, Hegarty e Feder (2006), colocando o enfoque fundamentalmente no exame físico, sugerem, por sua vez, para o diagnóstico de violência na relação, os seguintes indicadores (ver Quadro 2).

**Quadro 2. Indicadores para um diagnóstico de violência**

(retirado de Roberts, Hegarty & Feder, 2006, p. 53)

| ÁREA DE AVALIAÇÃO | SINAIS/SINTOMAS POTENCIALMENTE ASSOCIADOS A VIOLÊNCIA |
|---|---|
| **Aparência geral** | • Ansiedade aumentada na presença do companheiro/marido<br>• Sinais de fadiga<br>• Comportamento não-verbal inadequado/ansioso<br>• Comunicação não-verbal, sugerindo vergonha relativamente ao corpo<br>• Recua quando tocada<br>• Arranjo pouco cuidado<br>• Traje inadequado |
| **Pele** | • Hematomas<br>• Equimoses<br>• Edema<br>• Cicatrizes, especialmente se se apresentam em várias fases de evolução e/ou nas<br>- mamas<br>- nos membros superiores<br>- no abdómen, no tórax<br>- na face<br>- nos genitais<br>• Queimaduras |
| **Cabeça** | • Hematoma subdural<br>• Tufos de cabelo em falta |
| **Olhos** | • "Inchaço"<br>• Hemorragia subconjuntival |
| **Genital / Urinária** | • Edema<br>• Contusões<br>• Sensibilidade aumentada/dor *(tenderness)*<br>• Sangramento externo *(external bleeding)* |
| **Retal** | • Sangramento<br>• Hematomas<br>• Edema<br>• Irritação |

| | |
|---|---|
| **Musculo / Esquelético** | •Fraturas especialmente<br>- dos ossos da face<br>- em espiral do rádio ou do cúbito<br>- das costelas<br>• Luxação do ombro<br>• Movimento limitado num dos membros superiores *(extremity)*<br>• Fraturas antigas em várias fases de evolução |
| **Abdómen** | • Lesões abdominais em mulher grávida<br>• Lesão intra-abdominal |
| **Neurológica** | • Respostas reflexas hiperativas (híper-reflexia)<br>• Problemas de visão ou de audição, secundários a lesão *(injury)*<br>• Áreas de dormência de lesões antigas<br>• Tremores |
| **Exame do estado mental** | • Ansiedade/Inquietação, medo<br>• Depressão<br>• Ideação suicida<br>• Baixa autoestima<br>• "Perda" de memória<br>• Dificuldade de concentração |

Lisboa, Vicente e Barroso (2005)[5], com base numa amostra de 2300 mulheres, utentes dos Centros de Saúde do Continente (com 18 ou mais anos), refere que "as mulheres vítimas têm maior probabilidade de recorrerem a Hospitais e Centros de Saúde, quando comparadas com as não vítimas (…) a probabilidade das vítimas sofrerem de um problema ao nível da saúde física é dupla das não vítimas (…) ou situa-se próximo desse valor" (p. 28). Continuando a referenciar o mesmo estudo, "os resultados revelam também um conjunto amplo de

[5] Estudo realizado pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, através da SociNova, no âmbito de um protocolo celebrado com a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

sintomas, doenças e lesões que estão estatisticamente associados à vitimação (…) a probabilidade de ocorrência entre as vítimas é maior quando comparada com as não vítimas (…) eles tornam-se significativos no seu conjunto" (pp. 32-33) (ver Quadro 3).

**Quadro 3. Problemas ao nível da saúde física associadas à violência**
(adaptado de Lisboa, Vicente & Barroso, 2005)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ***Asma*** (46% maior) | ***Colite*** (42% maior) | ***Dermatite*** (37% maior) | ***Peso/dor na zona abdominal*** (36% maior) | ***Vertigens*** (26% maior) |
| ***Queimaduras*** (46% maior) | ***Cefaleais*** (40% maior) | ***Úlcera gastro-duodenal*** (37% maior) | ***Dor/"Pressão no peito"*** (30% maior) | ***Secura de boca*** (26% maior) |
| ***Palpitações*** (44% maior) | ***Vómitos frequentes*** (40% maior) | ***Dificuldades respiratórias*** (37% maior) | ***Náuseas*** (29% maior) | ***Insónias*** (24% maior) |
| ***Tremores*** (43% maior) | ***Sensação de aperto na garganta*** (40% maior) | ***Sudação*** (36% maior) | ***HTA*** (26% maior) | |

Como vimos, existe um conjunto de sinais e sintomas que nos permitem precocemente diagnosticar uma história de violência. Se uns indicadores são mais facilmente objetiváveis, outros requerem uma maior especificidade na sua avaliação.

## 4.3. Classificações em Saúde. O registo "multienfocado"

Tendo em conta o enquadramento anteriormente definido, é fundamental criar condições facilitadoras, ao nível da organização e comunicação da informação clínica, que possam ajudar a:

- Apreender a complexidade da situação;
- Traduzir a heterogeneidade dos indivíduos que se apresentam com um mesmo diagnóstico;
- Promover o rigor na avaliação;
- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde.

Atendendo às multiproblemáticas de saúde associadas à violência, consideramos fundamental o uso sistemático da Classificação Internacional das Doenças, para o registo das patologias (ICD-9-CM). Embora a 10ª revisão (ICD-10) já exista desde 1993, não tem ainda utilização generalizada. Ao nível dos Cuidados Primários de Saúde é adotada a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2)[6].

Tendo em conta que esta proposta de manual e guião, dirigidos aos serviços de saúde em geral, é desenvolvida a partir e uma equipa multidisciplinar associada a uma unidade de psiquiatria e saúde

[6] ICPC – no original em inglês, *International Classification of Primary Care*. Foi desenvolvida pelo comité de classificações da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). Permite classificar motivos de consulta, diagnósticos e procedimentos.

mental (Serviço de Violência Familiar do Hospital Sobral Cid – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), optámos por também referenciar neste documento, e a título de exemplo, o sistema multiaxial do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR).

Conforme refere Peixoto, Lowenkron, Hassene, Vidal e Cruz (2009, p. 38), "uma pesquisa internacional sobre o uso e utilidade da CID-10 e DSM-IV-TR e sistemas diagnósticos relacionados foi feita e revelou que a CID-10 foi o sistema mais frequentemente utilizado pelo mundo para trabalho clínico enquanto a DSM IV-TR foi a mais utilizada na investigação (Zimmerman & Spitzer, 2005[7])" (ver Quadro 4).

**Quadro 4 . Comparação entre os eixos da abordagem multiaxial CID-10 e DSM-IV-TR**

(Adaptado de Peixoto et al., 2009, p. 38)

| **CID-10 (OMS, 1997)** | **DSM-IV-TR (APA, 2000)** |
|---|---|
| I. Diagnósticos clínicos | I[8]. Perturbações Clínicas Psiquiátricas. Outras Situações Clínicas Que Podem ser Foco de Atenção Médica<br>II[9]. Perturbações da Personalidade. Deficiência Mental |

[7] Refere-se ao artigo de Zimmerman, M. & Spitzer, R. (2005). Psychiatric Classification. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8ª.edição).

[8] Destina-se a indicar as Perturbações Clínicas Psiquiátricas diagnosticadas (exceto as Perturbações da Personalidade e a Deficiência Mental) e Outras Situações Clínicas que podem ser Foco de Atenção Médica.

[9] Destina-se a indicar as Perturbações da Personalidade e a Deficiência Mental. O Eixo II também poderá também ser utilizado para indicar características

| | |
|---|---|
| | III[10]. Estados Físicos Gerais |
| II. Incapacidades | IV[11]. Problemas Psicossociais e Ambientais |
| III. Fatores contextuais | V[12]. Avaliação Global do Funcionamento |

proeminentes de desadaptação da personalidade, que não atingem o limiar da Perturbação da Personalidade, e mecanismos de defesa

[10] Destina-se a indicar situações clínicas do estado físico geral, potencialmente relevante(s) para a compreensão e definição da estratégia terapêutica a definir. Para o registo destas patologias é utilizada a Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (ICD-9-CM).

[11] Destina-se a registar os Problemas Psicossociais e Ambientais, caso se lhe atribua uma contribuição significativa no desenvolvimento ou exacerbação da perturbação atual.

[12] Destina-se a indicar o Nível Global de Funcionamento. Esta informação é útil no planeamento da terapêutica e na determinação da grandeza do impacto desta, e na previsão da evolução clínica. Habitualmente, depois do episódio de doença, o indivíduo regressa ao seu nível prévio de funcionamento. A avaliação do funcionamento global é feita usando a ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO (AGF), útil para acompanhar os progressos do indivíduo em termos globais, recorrendo a uma única medida. Nalguns casos pode ser útil Avaliar a Incapacidade Social e Ocupacional e acompanhar os progressos da reabilitação, independentemente da gravidade da sintomatologia psicológica: ESCALA DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO SOCIAL E OCUPACIONAL (EAFSO). A ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO RELACIONAL (EAGFR) pode utilizar-se para emitir um julgamento global das relações familiares ou de qualquer outro tipo de relação grupal, que hipoteticamente constituiriam um espetro contínuo que iria desde um sistema de relação competente até outro de tipo destruturado e disfuncional.

## 4.4. Sugestões relativas a Instrumentos de Avaliação no contexto da Psiquiatria e Saúde Mental

Tendo em conta a associação entre violência e perturbações psiquiátricas e, atendendo às patologias psiquiátricas que mais frequentemente surgem associadas à violência familiar/entre parceiros íntimos, apresentamos algumas sugestões de instrumentos de avaliação nestas áreas, com a ressalva de que a decisão de quais os instrumentos usar e em que momento dependerá das características do próprio contexto de intervenção, seus recursos e objetivos.

1. **Escala de Rastreio em Saúde Mental ER- 80 (ver Pio de Abreu & Vaz Pato, 1981)**: Instrumento simples de rastreio, suscetível de diferenciar os casos patológicos na população geral. Trata-se de um questionário simples para autoavaliação, mas igualmente suscetível de ser aplicado por um entrevistador se houver dificuldades de leitura.

2. **Instrumento de avaliação da qualidade de vida – WHOQOL (ver Department of Mental Health WHO, 1999; Canavarro et al., 2007; Canavarro et al., 2009):** Com o objetivo de avaliar a perceção das pessoas sobre a sua qualidade de vida e saúde, de uma forma abrangente, a Organização Mundial de Saúde desenvolve o WHOQOL-100, composto por 100 itens, divididos por 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, e aspetos espirituais/religião/crenças pessoais. Cada um destes domínios encerra questões mais específicas associadas, designadas por

"facetas", ao todo 24 (por ex., no domínio psicológico avaliam-se a autoestima, a imagem corporal/aparência, etc). Posteriormente, para facilitar a sua aplicação em termos de tempo, foi desenvolvido o WHOQOL-Bref, composto por 26 questões no total, sendo vinte e quatro questões respeitantes a quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais, e meio-ambiente. Os dois instrumentos já se encontram validados para a população portuguesa.

3. **Symptom Checklist–90– Revised (SCL-90-R) (ver Derogatis, 1977, 1994):** Esta é uma escala de 90 itens em que o sujeito identifica o grau em que experimentou a sintomatologia apresentada. A cotação permite-nos identificar a presença ou ausência de problemas significativos ao nível da somatização, da obsessividade/compulsão, da sensibilidade interpessoal, da depressão, da ansiedade, da hostilidade, da ansiedade fóbica, da ideação paranoide, do psicoticismo, e ainda uma avaliação dos distúrbios do sono, do apetite, da ideação de morte e de culpa.

4. **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (ver Derogatis, 1977; adaptado à população portuguesa por Canavarro, 1995):** Este inventário consiste numa versão abreviada do SCL-90-R, composto por 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, que vai desde "nunca" a "muitíssimas vezes". Avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (as mesmas descritas acima para o SCL-90) e três

índices globais. Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspetos diferentes de psicopatologia.

5. **Davidson Trauma Scale (ver Davidson, Tharwani, & Connor, 2002):** É uma escala de autorresposta, com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV, que serve para avaliar a presença e a severidade dos sintomas do stresse pós traumático.

6. **Escala de Crenças sobre Punição Física (E.C.P.F.) (Machado, Gonçalves, & Matos, 2008b)**: Esta escala permite avaliar as conceções sobre as práticas educativas parentais, mais concretamente o grau de tolerância/aceitação face ao uso de violência física como estratégia disciplinar, na população adulta em geral ou nos sujeitos com funções parentais em particular. É composta por 21 itens, distribuídos por 4 fatores, que juntos explicam 49,6% da variância dos resultados: legitimação da punição física pelo mau comportamento infantil; pela sua normalidade ou necessidade; pelo papel punitivo e autoridade do pai; pela autoridade parental. Esta escala poderá ser interessante para analisar as crenças das famílias onde ocorre violência familiar sobre a punição física, e perceber se estas são mais tolerantes ou não com esta prática. Sabemos que práticas disciplinares punitivas fisicamente poderão contribuir para uma escalada agressiva mútua, em que ambos os protagonistas (pais e criança) aumentam a intensidade do seu comportamento hostil em resposta à agressividade do outro, gerando ciclos de violência que se perpetuam. Entre punição física e maltrato existe muitas vezes uma relação de continuidade, sendo por isso importante avaliar as crenças dos pais a este respeito, porque

provavelmente será uma variável relacionada com a existência ou não de violência parental (verificaram-se diferenças significativas entre o grupo abusivo e não abusivo, sendo o primeiro mais favorável ao uso da Punição Física).

7. **Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (E.C.V.C.) (ver Machado, Matos & Gonçalves, 2008a):** Esta escala permite avaliar o grau de tolerância/aceitação em relação à violência física e psicológica exercida nos contextos de relações de tipo conjugal, da população adulta em geral. É constituída por 25 itens, distribuídos por quatro fatores, que juntos explicam 48, 1% dos resultados: legitimação da violência pela conduta da mulher; pela privacidade da família; pela externalidade e pela sua normalidade. Analisando a pontuação de cada um destes fatores podemos perceber melhor o tipo de crenças específicas envolvidas nessa tolerância à violência. Os estereótipos de género e de conjugalidade, a socialização diferencial dos homens e das mulheres, e a distribuição desigual de poder dentro das famílias contribuem para uma tolerância subtil face a este tipo de abuso, enraizada nas crenças socialmente partilhadas. É por isso importante avaliar estas crenças, que sustentam narrativas que perpetuam a agressão, por parte dos agressores (narrativas de desculpabilização, de atribuição externa da culpa e minimização do dano causado à vítima). Estas crenças podem levar o agressor a desvalorizar a necessidade de alterar a sua conduta, assim como podem conduzir as vítimas a permanecer na relação. Será importante, por isso, desconstruir estas narrativas e avaliar qualitativamente estas crenças, até porque atitudes

de tolerância face à violência são anteriores ao comportamento violento, embora possam não ser a sua causa (no estudo encontraram-se diferenças significativas entre o grupo abusivo e o não abusivo, no sentido de uma atitude mais favorável ao uso da violência do primeiro). Sublinhamos, por isso, que esta escala não poderá ser nunca interpretada de um ponto de vista preditivo da violência.

8. **Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (ver Serra, 1995):** O IACLIDE é um instrumento de autorresposta, elaborado a partir dos dados da população portuguesa, cujo objetivo é medir a presença e intensidade dos quadros clínicos depressivos. Este inventário é constituído por 23 questões diferentes que se referem a quatro tipos de perturbações distintas: biológicas, cognitivas, interpessoais e desempenho da tarefa. Estes quatro tipos de perturbação significam a relação que o indivíduo tem com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho. Este questionário deve ser respondido tendo em conta, não a maneira de ser habitual do sujeito, mas o estado em que se sentiu nas últimas duas semanas. Para além de discriminar os sujeitos deprimidos dos sujeitos não deprimidos, o IACLIDE permite ainda classificar a gravidade do quadro psicopatológico. Para fazer esta classificação foram utilizadas as normas do CID10 da OMS (Organização Mundial de Saúde). Assim temos: *Grau leve*: indivíduo perturbado pelos sintomas, com dificuldade em continuar com o seu trabalho e atividades sociais usuais, mas não deixa de funcionar completamente. *Grau moderado*: o indivíduo tem normalmente uma dificuldade considerável em

continuar com as suas atividades sociais, de trabalho ou domésticas. *Grau grave*: a pessoa sente-se incapaz, a não ser de forma muito limitada, em continuar com as suas atividades sociais, de trabalho ou domésticas.

9. **Escala de Auto-avaliação de Ansiedade de Zung (ver Zung, 1971):** A Escala de Auto-avaliação de Ansiedade foi desenvolvida por Zung com o objetivo de avaliar a ansiedade-estado. Esta é uma escala de resposta de tipo *Likert*, onde é pedido ao indivíduo que avalie cada sintoma em função da frequência com que o experiencia: nenhuma ou raras vezes, algumas vezes, uma boa parte do tempo e a maior parte ou a totalidade do tempo. A escala regista quatro componentes da ansiedade: cognitivo, motor, vegetativo, e derivada do sistema nervoso central.

10. **Inventário de Resolução de Problemas (ver Serra, 1988):** Este instrumento avalia as estratégias de *coping* dos indivíduos, a partir do confronto a situações de ameaça, de dano e de desafio.

11. **Escala de Apoio Social (ver Matos & Ferreira, 2000):** Instrumento de autoavaliação da perceção do apoio social. Por Apoio Social entendemos o grau em que as necessidades sociais básicas do indivíduo (de afiliação, afeto, pertença, identidade, segurança e aprovação) são satisfeitas através da interação com os outros (Thoits, 1995). Estas necessidades podem ser satisfeitas através da ajuda socioemocional (afeto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de outros significativos) ou de ajuda instrumental (conselho, informação,

ajuda em relação à família ou ao trabalho e ajuda económica). Esta escala avalia três dimensões do apoio social: o apoio informativo, emocional e instrumental (na resolução de problemas em concreto).

12. **Checklist de Psicopatia de Hare – PCL-R (ver Hare, 1991):** Entrevista Guião que usa de informação extraída dos dados arquivados sobre o sujeito (processo e acórdãos de tribunal, registo criminal, etc.). A psicopatia é um dos melhores preditores da reincidência criminal e de envolvimento em atividades criminosas. Para além disso, o seu potencial de tratabilidade é diminuto, pelo que é importante identificá-los antes da sentença, para ser tido em conta na administração de medida de coação ou no enquadramento institucional e / ou aplicação de programas de intervenção.

13. **HCR-20 (ver Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997):** identifica fatores de risco presentes na história do indivíduo, fatores clínicos e fatores sobre o controle e gestão do risco. Identifica quais os fatores de risco presentes e as configurações desses conjuntos devem ser tidas em conta. Por exemplo, a presença simultânea de psicopatia, história de violência prévia, problemas com abuso de substâncias e impulsividade são indicadores de risco muito graves.

14. **Inventário Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (ver Millon, Davis & Millon, 2007; Millon, Davis, Millon, & Grossman, s.d.)**: É um instrumento de autorresposta de aplicação individual ou coletiva para a população adulta, que permite avaliar 4 escalas de controlo (sinceridade, desejabilidade social, desvalorização e validade), 11

escalas básicas (esquizoide, evitante, depressiva, dependente, histriónica, narcisista, antissocial, agressiva/sádica, compulsiva, negativista/passivo-agressivo e autodestrutiva), 3 traços patológicos (esquizotípica, limite e paranoide), 7 síndromes de gravidade moderada (distúrbio de ansiedade, perturbação somatoforme, perturbação bipolar, distimia, dependência de álcool, dependência de substâncias, distúrbio de *stress* pós-traumático) e 3 síndromes de gravidade severa (perturbação do pensamento, depressão major, perturbação delirante).

15. **SCID-II Questionário (ver American Psychiatric Association, 2002):** Este é um questionário a ser utilizado em conjunto com a entrevista estruturada da SCID-II para diagnóstico dos distúrbios da personalidade, tal como eles vêm descritos e classificados na DSM-IV. É composto por 119 perguntas, formuladas proximamente aos critérios de diagnóstico para os seguintes distúrbios da personalidade (Eixo II): Evitante, Dependente, Obsessivo-compulsivo, Passivo-agressivo, Depressivo, Paranoide, Esquizotípico, Esquizoide, Histriónico, Narcísico, Borderline, Antissocial. As respostas são dadas de modo mutuamente exclusivo (SIM/NÃO), uma vez que as que são assinaladas de modo positivo devem ser posteriormente analisadas, qualitativamente, através de entrevista clínica. Neste sentido, não importa uma análise estatística das respostas a este questionário, mas sim, uma análise de conteúdo das mesmas.

**A escolha dos instrumentos a constar no protocolo de avaliação deve ter em conta (Tyagi, 2003):**

• **Contexto:** Os instrumentos a selecionar são úteis para que fim. O contexto no qual são aplicados destina-se a que tipo de trabalho e que profissionais estão disponíveis para proceder à avaliação.

• **Objetivos:** Caracterização demográfica da população, estudo epidemiológico, compreensão das redundâncias nas histórias de violência pela análise de variáveis correlacionadas (indicadores de risco ou de proteção), avaliação da psicopatologia, avaliação do tipo e severidade da violência, avaliação do potencial de agressão do vitimador, avaliação das consequências da vitimação, avaliação do risco de recidivas, avaliação do potencial de mudança nas famílias, etc.

• **Possibilidade de avaliação da vítima e do agressor:** Na avaliação do risco tem-se demonstrado a utilidade de recolher informação junto dos dois atores. No entanto, nem sempre isto é possível.

• **Estandardização e normas:** possibilidade do instrumento ser aplicado à população portuguesa e à nossa população em particular (idade, género, etc.).

• **Fidelidade e Validade:** propriedades psicométricas do instrumento.

• **Existência de uma linha de base na predição do risco:** é importante sabermos a incidência e a prevalência da violência na nossa população, para podermos prever na nossa amostra o risco.

• **Fontes de informação disponíveis:** Da vítima, do agressor, fontes colaterais (entidade que envia o caso), informação de arquivo (presente nos processos), etc.

• **Enquadramento teórico do instrumento**

• **Conteúdo do instrumento:** se inclui informação acerca da história prévia, da situação atual, se inclui fatores dinâmicos ou apenas estáticos, se é possível prever o comportamento numa determinada perspetiva temporal.

• **Facilidade da administração:** Se é longo, se exige ser preenchido por um técnico, etc.

• **Facilidade de interpretação:** que resultados nos permite, gerais ou específicos.

• **Treino do avaliador:** se o uso do instrumento requer um treino especial.

• **Disponibilidade do instrumento e custos:** se pode ser fotocopiado, se precisamos de autorização para o seu uso.

## 4.5. O Genograma Familiar

O Genograma familiar é um instrumento de avaliação e intervenção familiar, desenvolvido por Bowen (1978, cit. Bowen, 1991), terapeuta familiar e mentor da escola transgeracional. Esta escola defende que geração após geração a família tende a transmitir pautas relacionais, ou seja, padrões de funcionamento, de relacionamento e estrutura que se apresentam de modo contínuo ou alternando de uma geração a outra. Assim, a análise da história familiar ao nível transgeracional, fornece-nos um contexto rico em potenciais significados para a compreensão das dificuldades e desafios que o sistema enfrenta no presente.

Neste contexto, o Genograma surge como uma representação gráfica de uma constelação (*gestalt*) familiar, multigeracional (três gerações), que por meio de símbolos permite recolher, registar, relacionar e expor categorias de informação do sistema familiar, num momento determinado da sua evolução, e utilizá-la para a resolução de problemas.

A construção do Genograma pode ter vários objetivos (por vezes interrelacionados e concomitantes): recolher informação que nos facilite o diagnóstico familiar; descrever e gerir informação acerca de um indivíduo/uma família e intervir terapeuticamente, através do *insight* possível acerca dos padrões familiares inter ou transgeracionais (Martins, Fonseca & Costa, 2000).

**As suas vantagens são muitas e passamos a enumerar algumas:**

1. Possibilita a representação visual da estrutura e dinâmica familiar, bem como de eventos importantes da sua história, como a separação, o nascimento e a morte;
2. Estimula a reflexão sobre o "problema" num contexto amplo das relações que se apresentam e possibilita a observação e análise de barreiras e padrões de comunicação, permitindo a construção de "hipóteses" sobre o problema da família numa perspetiva evolutiva;
3. Ajuda a explorar aspetos emocionais e comportamentais num contexto de várias gerações;
4. Permite auxiliar os membros da família a identificar aspetos comuns e únicos e a reforçar que cada um deles representa uma parte integrante de um grupo de indivíduos, que se relacionam entre si e com o ambiente, que estão unidos por um compromisso mútuo, configurando o conjunto de pessoas que consideram como sendo a sua própria família;
5. Ajuda a pontuar a interdependência entre os membros da família sugerindo que eventos ocorridos com um deles afetam, direta ou indiretamente, outros membros;
6. Permite discutir e evidenciar opções de mudança na família (independentemente da estrutura familiar) e facilitar a discussão e reflexão sobre as possíveis intervenções;
7. Mais que um instrumento para coletar dados, poderá também ser considerado parte integrante do processo terapêutico;

8. A informação recolhida num contexto de "conversa" mais do que "entrevista" reflete também o significado que ela tem para cada um dos elementos da família;
9. Permite envolver os vários membros da família neste processo de representação da sua própria família e, assim, contribuir para a promoção da saúde familiar; permite a consciencialização dos membros da família do conjunto que representam e das possibilidades de medidas que podem favorecer a saúde e o bem-estar dos mesmos; e permite o empoderamento da família, permitindo aos indivíduos falar sobre a sua própria história de saúde, utilizando um instrumento que pode ser percebido como menos ameaçador que a conversa face a face.

### 4.5.1. A CONSTRUÇÃO DO GENOGRAMA

O processo da construção do Genograma poderá ser feito de modo individual (com o paciente identificado – PI) ou com toda a família (incluindo o PI), mas deverá ser sempre uma coconstrução entre entrevistador e utente(s), desenvolvendo uma conversação em torno da história familiar deste(s) e fortalecendo o vínculo e a confiança entre ambos. A tónica que o entrevistador deve imprimir, neste processo, é a de uma conversa informal, descontraída, sem o carácter de pergunta – resposta, sobretudo quando estiverem envolvidas

crianças[1]. O entrevistador deve ter em conta que as pessoas vão revelando, aos poucos, a informação que julgarem mais pertinente.

**Uma forma de introduzir o Genograma na sessão pode ser:**

*"Gostaria que me ajudassem a elaborar o desenho das vossas famílias de origem: dos pais, irmãos, tios e avós… Gostaria que me contassem quem são as pessoas que fazem parte da vossa família, quais as idades, ocupações… Gostaria de assinalar as pessoas que já morreram, que estão doentes ou que apresentam alguma situação especial… Podem começar por onde quiserem… Cada um fala da sua própria família… Quem quer começar?"*.

De seguida, passa-se para o desenho da estrutura da família, informações pertinentes e delineamento das relações (que se destacam) entre os diferentes elementos. Como este é um processo interativo e dinâmico, a colocação de perguntas circulares, a formulação de pequenos comentários (alternativos à narrativa dominante da família) e a circulação da informação é transversal a todo o processo.

No final da elaboração do Genograma dever-se-á questionar o utente/a família: *"Gostariam de acrescentar alguma coisa? Alguma informação que possam considerar relevante e de que ainda não tenhamos falado?"*

[1] Podem ser utilizados marcadores e códigos coloridos para registar as informações recolhidas; as crianças podem ser convidadas a escolher as cores para representar os membros e as relações entre eles (Altshuler, 1999).

Em síntese, a construção do Genograma passa por três fases que se complementam e que desenvolveremos de seguida:

1. O traçado da estrutura familiar;
2. O registo da informação sobre a família;
3. O delineamento (plano) das relações familiares.

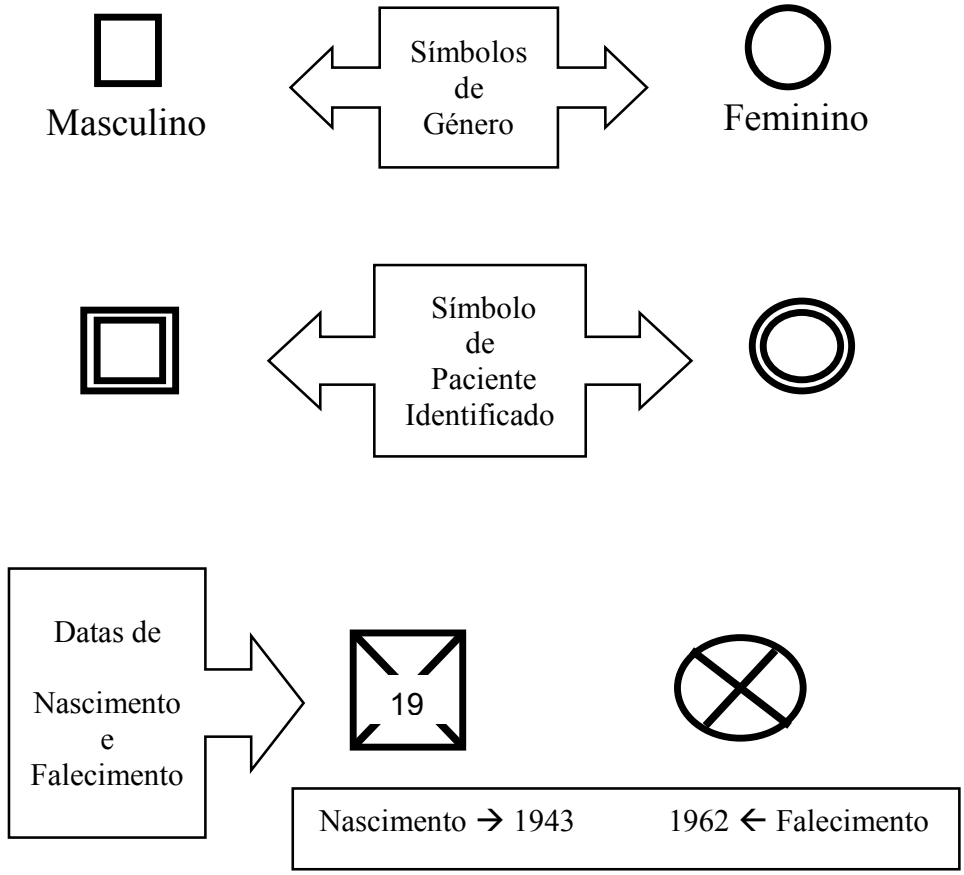
## A Estrutura Familiar

A estrutura familiar mostra os diferentes membros de uma família em relação uns com os outros e descreve, através de símbolos, como os diferentes membros de uma família estão, biológica e legalmente ligados entre si, de geração em geração.

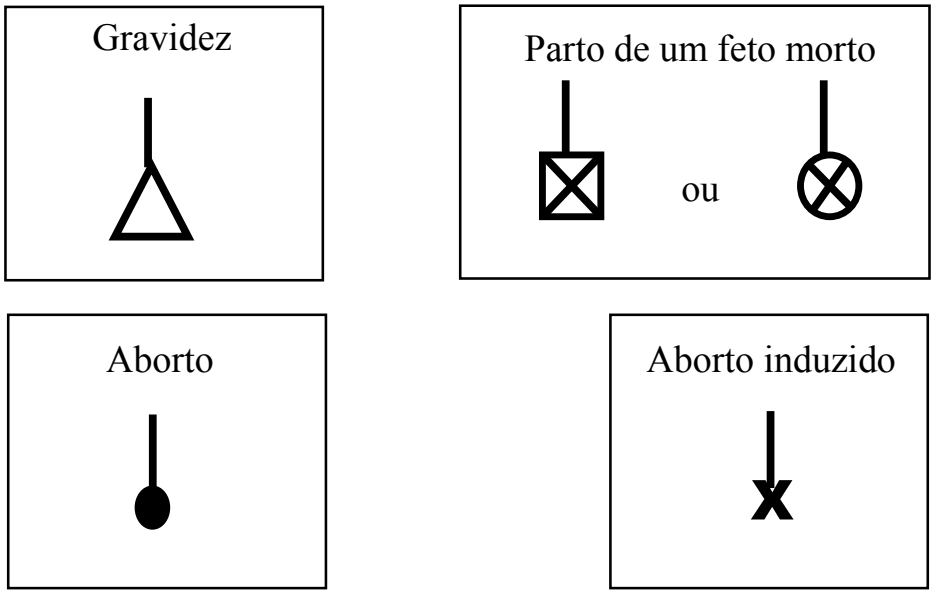
As pessoas estão organizadas dentro do sistema familiar, segundo Geração, Idade e Sexo/Género. Assim, o Genograma deverá ser lido de cima para baixo (estando em cima as gerações mais velhas e em baixo as mais novas) e da esquerda para a direita (a respeito dos filhos, os mais velhos ficam à esquerda, em ordem decrescente, para à direita ficarem os mais novos). A respeito do Género, convencionou-se que os homens ficariam sempre à esquerda e as mulheres à direita.

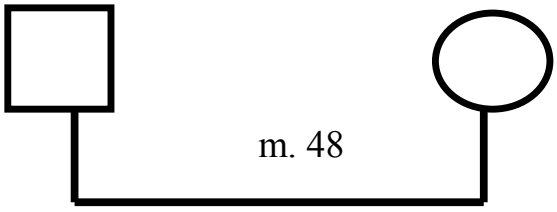
Seguem-se os principais símbolos a ter em conta na elaboração do Genograma (ver Figura 2):

**Figura 2. Símbolos estruturais**

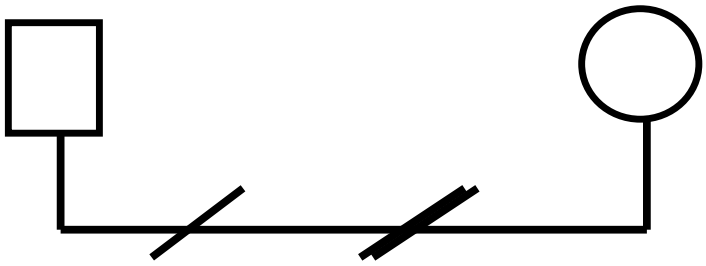



A idade de cada sujeito deve ser colocada no interior do quadrado ou círculo respetivo.

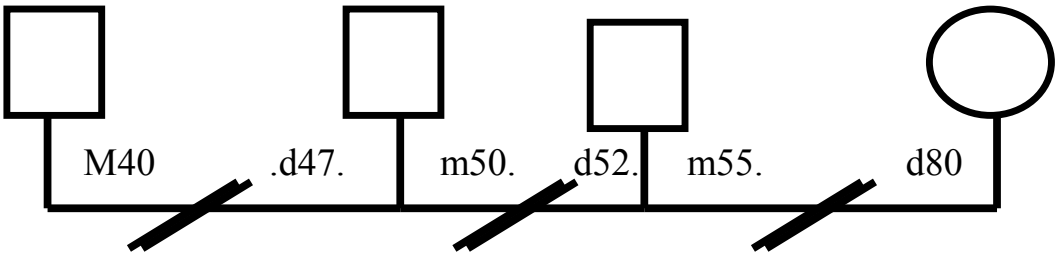




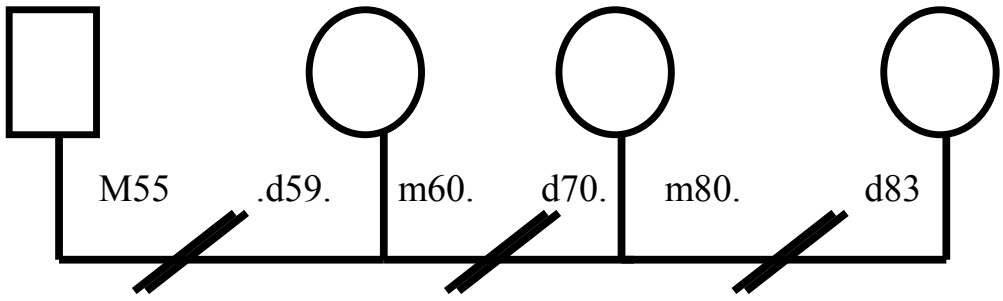

Casamento (deve constar o ano do seu início).



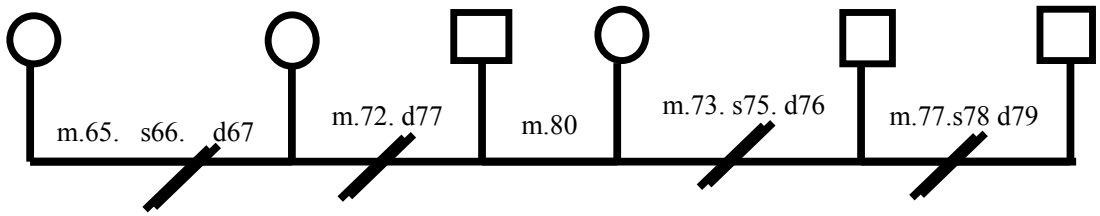
Separação e Divórcio.



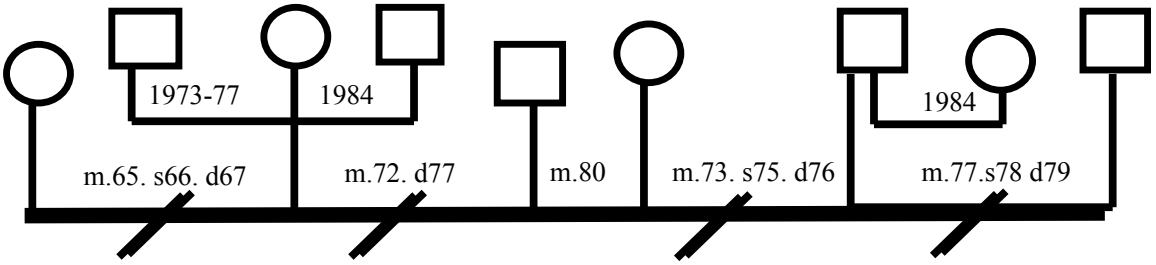

Uma mulher com vários maridos, do mais antigo ao mais recente, de quem também se divorciou, em 1980 (seguindo a regra dos homens à esquerda e mulheres à direita).



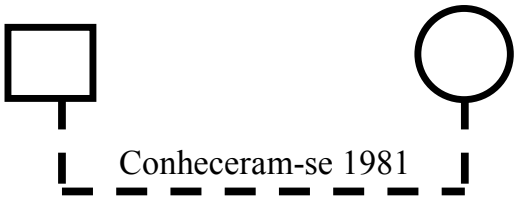
Um homem com várias esposas, da mais antiga à mais recente, de quem também se divorciou, em 1983 (seguindo a regra dos homens à esquerda e das mulheres à direita).



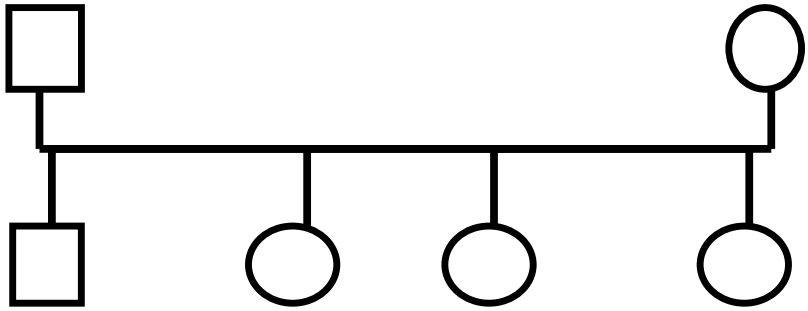

Um casal que se casou em 1980, ambos com dois divórcios anteriores (neste caso, não se cumpre a regra, em relação às relações anteriores, dos homens à esquerda e das mulheres à direita, para facilitar a leitura do Genograma.




Segundas núpcias onde cada cônjuge teve anteriores casamentos.

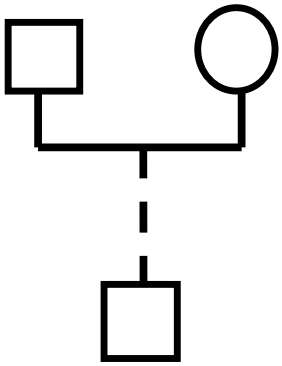



Casal que está junto (namoro ou união de facto).

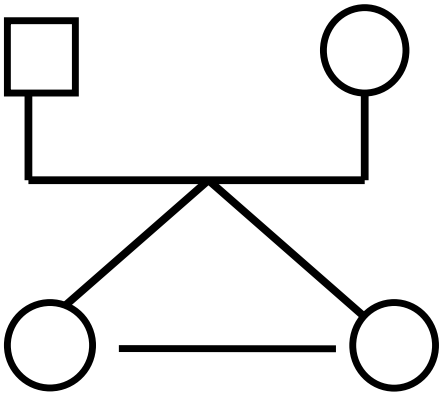


Filhos

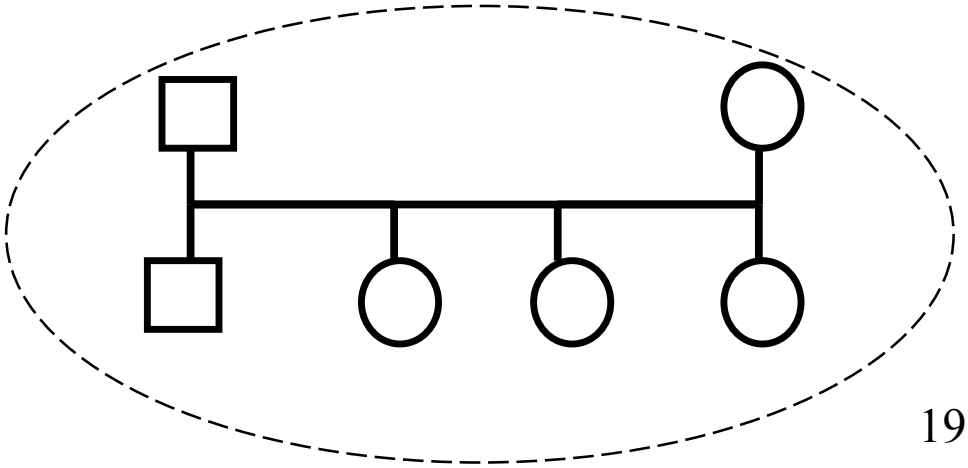
Mais velho ⟹ Mais novo



Filhos adotivos



Gémeos dizigóticos (meninas), se fossem monozigóticos deviam levar um traço a uni-las(os)

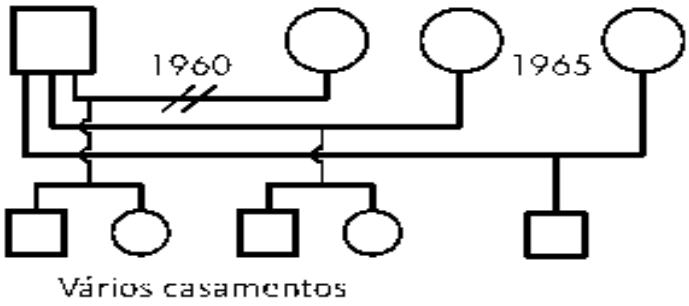


1981

Os agregados familiares devem ser identificados através desta linha descontinuada, em torno dos sujeitos que coabitam.

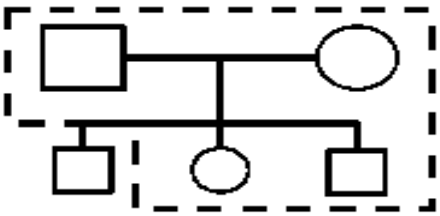
No final do Genograma deve ser colocada a data da sua elaboração.

Outros símbolos importantes:




Vários casamentos

Conflito conjugal e
Relacionamento extra conjugal



Agregado familiar
(vivendo na mesma casa)

**O registo de informação sobre a família**

Este registo deve incluir informações relevantes, que ajudem a compreender a identidade e a história familiar. Esta informação poder ser organizada em três categorias distintas, que passaremos a detalhar:

**Informação demográfica**: Quem compõe as famílias (delineação dos agregados familiares), suas idades, profissões/ocupações, escolaridades e locais onde as pessoas habitam; quem está

vivo/faleceu (motivo da morte); datas relevantes; relações de parentesco.

**Informação sobre o funcionamento familiar:** Inclui dados sobre o funcionamento médico, emocional e comportamental dos diferentes membros da família. Hospitalizações, doenças graves, doenças mentais, uso regular de medicação, uso de álcool/drogas ou grandes sucessos profissionais e pessoais. A informação relativa a cada pessoa deve colocar-se junto ao símbolo respetivo.

**Acontecimentos/momentos familiares críticos:** Inclui transições importantes, como mudanças de/nas relações, migrações, fracassos e êxitos. Estes dão um sentido de continuidade histórica da família. Podemos pesquisar os seguintes temas: acidentes; nascimento de filhos com doença; adoção; aborto; afastamento temporário de filho; entrada e saída de pessoas na família (divórcios, emigração, etc.); mudança de cidade; mudança de casa; perda ou mudança de emprego; reforma; prisão; problemas com a justiça. Estas informações acerca da história da família devem ser registadas na margem do Genograma ou, se for necessário, numa folha separada.

Há que ter especial atenção aos seguintes tópicos relacionados com a pesquisa de **inter e transgeracionalidade da violência interpessoal familiar**: violência noutros agregados, violência conjugal na família de origem, conflitos graves na família, separação do casal, corte relacional com certas pessoas na família, etc.

De registar que, a informação obtida com o Genograma não é estática, pode ser modificada com o passar do tempo, pelo que importa registar a data em que ele é elaborado com a família.

**O delineamento das relações familiares**

O delineamento das relações familiares poderá ser feito a partir da seguinte proposta: *Poderiam falar-me um pouco sobre:*

*- Como é o relacionamento entre as vossas famílias?*

*- Existe alguma ligação especial entre eles?*

*- Existe algum problema/conflito entre alguns familiares?*

Este nível da construção do Genograma implica um maior nível de dedução. É feito através de símbolos pelos quais se descrevem os padrões de interação familiares, com base na informação fornecida pelos membros da família ou da observação direta. Poderão registar-se relações fortes, conflituais, fusionais ou distantes. Nalguns casos poderão registar-se mais do que um tipo de relação entre as mesmas pessoas, ou porque a relação entre elas é marcada pela alternância de estados ou porque existem diferenças marcantes entre o passado e o presente (neste caso o delineamento da relação passada deve ser desenhado entre parêntesis). Devem registar-se as relações mais significativas, sobretudo entre o PI e os restantes elementos da sua família nuclear.

Esta fase é muito importante pois dá-nos uma visão dinâmica da família; das relações estabelecidas no presente e no passado e facilita a análise da possível influência que as dinâmicas relacionais do grupo familiar desempenham no problema do paciente identificado (PI). Nesta fase privilegia-se a quantidade e a qualidade da informação.

Utilizam-se diferentes tipos de linhas para simbolizar os diferentes tipos de relações (ver Figura 3) entre os membros da família. São elas:

**Figura 3. Símbolos relacionais**

Muito unidos ou fusionais

Conflituosa / Violenta

Fusionais e conflituosos

Unidos / Relação forte

Relação distante

Corte relacional / Separados

### 4.5.2. O GENOGRAMA, INSTRUMENTO DE LEITURA, COMPREENSÃO E INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR/ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS

O Genograma permite uma leitura e interpretação a dois níveis:

1. **A partir do eixo horizontal** – poderemos estar atentos ao contexto familiar atual (colocando o enfoque na família nuclear do PI); perceber o "drama familiar" à luz da relação dos atores entre si ao longo do ciclo vital e das várias crises que este enfrenta. As diferentes fases do ciclo vital encerram tarefas e necessidades que deverão ser cumpridas[2]. Cada nova fase representa um momento de crise (normativa), comportando um potencial de ameaça, exigindo a reorganização do sistema, para este continuar a evoluir. Para além disso, existem todas as outras crises (acidentais) que poderão também afetar o funcionamento do sistema. A violência em qualquer um dos subsistemas da família poderá ser

[2] Para mais informação sobre este assunto, ver Relvas (1996) ou Carter e McGoldrick (1995).

compreendida à luz destas dinâmicas. As tensões atuais que afetam a família, num determinado momento, podem ser reflexo de desequilíbrios, que exigem mudanças inevitáveis para serem ultrapassados.

2. **A partir do eixo vertical** – poderemos observar as gerações e a leitura familiar do "drama familiar" atual, num contexto mais vasto. A análise transgeracional (através das gerações) permite perceber os padrões de relação e funcionamento que se transmitem historicamente, de uma geração à outra[3].

Ambos os eixos permitem situar as dificuldades que a família enfrenta no tempo (ao longo do ciclo vital da família nuclear e ao longo da sua história transgeracional) e no espaço (no momento presente, identificar quais os papéis exercidos por cada elemento da família e de que forma estes papéis contribuem para a manutenção do problema/dificuldade). Esta contextualização do problema da família (por exemplo, do problema da violência familiar) proporciona uma reflexão mais alargada, compreensiva dos diversos fatores que concorrem para a manutenção do problema no presente. Para isso contribui a observação de coincidências ou recorrências de datas, idades, acontecimentos significativos, etc. Esta contextualização facilita também a identificação das competências e dos recursos (valores, crenças, relações) que a família tem e que já lhe permitiu

[3] No estudo de caso que Pereira (2002) apresenta, a partir da intervenção com uma família vítima de violência, com consequência fatal de um dos seus elementos, propõe o uso do Genograma, como ferramenta clínica útil para ultrapassar o trauma vivenciado, para prevenir e interromper o ciclo transgeracional da violência e como facilitador da comunicação familiar.

enfrentar e ultrapassar outras dificuldades no passado. De facto, perceber como a família enfrentou crises passadas (abandonos, mortes, separações, etc.) ajuda a atualizar competências úteis para a resolução da crise presente.

A observação do Genograma ajuda-nos também a compreender algo muito importante quando falamos em violência familiar, que são os padrões de vinculação estabelecidos na família. Quais as relações de maior proximidade ou de distância / conflito que o indivíduo estabelece com os outros significativos ao longo do tempo; e quais os triângulos de lealdade que se estabeleceram[4].

É importante notar que, apesar dos potenciais significados emergentes a partir do Genograma, devemos estar atentos, para evitar interpretações lineares e redutoras (do tipo "O PI é assim porque já os seus avós eram assim"), que aprisionem a família a uma leitura estática, centrada no passado, e por isso, impossível de mudar. Este tipo de interpretações deve ser reenquadrada numa moldura de significados mais complexa e flexível, onde haja espaço para a mudança, para a aprendizagem, sabendo que a nossa história condiciona-nos mas não nos aprisiona, tal como propõe Elkaim (2007):

[4] Bowen (1991) considerava que um dos principais processos de transmissão geracional de padrões de funcionamento era o chamado "triângulo emocional". Quando existia tensão entre duas pessoas, a tendência era desviar a atenção para uma terceira, para que a ansiedade diminuísse e o sistema estabilizasse. Esta triangulação poderia tornar-se numa coligação se as duas pessoas dentro do triângulo se posicionavam contra a terceira, fora do triângulo.

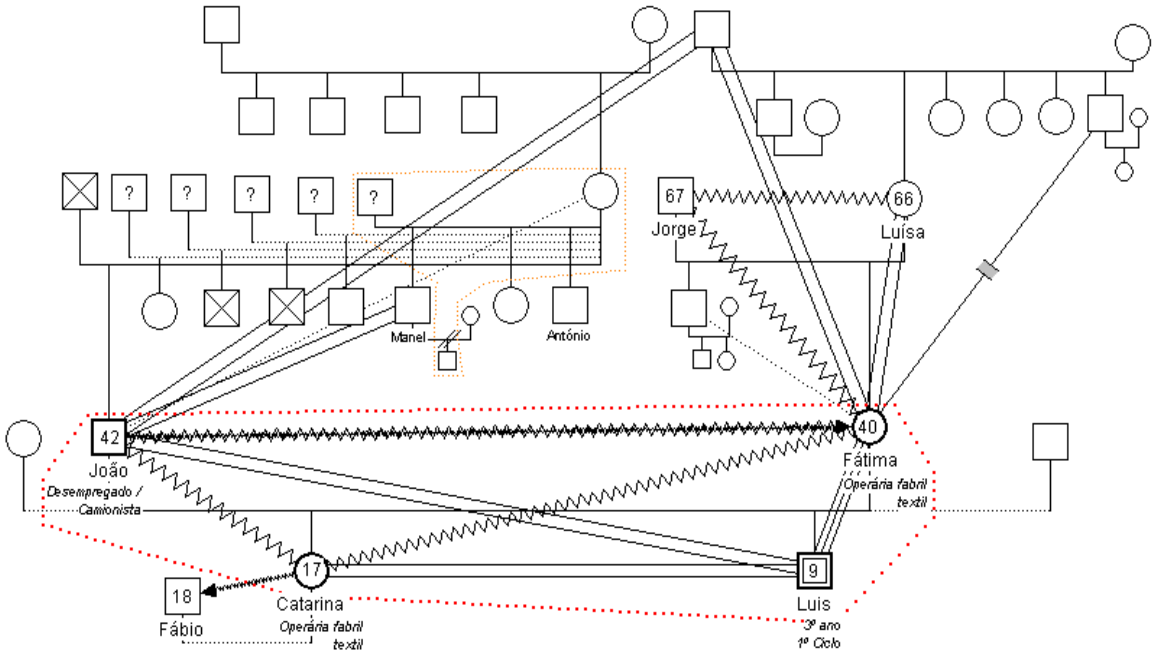
*"o nosso passado é seguramente tecido por mitos, narrativas e regras que são transmitidos de geração em geração na nossa família, mas também, de uma forma mais abrangente, no ambiente que nos rodeia. Erramos quando tentamos explicar as tempestades interiores que por vezes nos atormentam unicamente com base nos elementos ligados à nossa história; são na verdade os acontecimentos presentes que as desencadearam, ao entrar em ressonância com as vivências e crenças enraizadas na nossa história. No nascimento de tais maremotos afetivos, o passado e o presente desempenham pois um papel – cada um por si só. O presente, se não desperta nada em nós, é muitas vezes inofensivo; o passado sensibiliza-nos, por vezes fragiliza-nos, mas não nos condena, a menos que faça ressoar o presente. As nossas vivências passadas assemelham-se a dragões adormecidos na nossa cama. Poderíamos não nos dar conta da sua presença, mas um dia, um acontecimento particular toca a música que faz acordar o dragão… E eis que ele desperta, perturbando todo o nosso universo." (p.37-38).*

A grande potencialidade do Genograma é ajudar os membros de uma família a ver-se a si próprios de uma maneira diferente e a perceberem que o lugar que ocupam dentro da estrutura familiar pode influenciar o funcionamento, os padrões de relação e o tipo de família que se formará na geração seguinte.

### 4.5.3. EXEMPLO DE APLICAÇÃO

Vejamos um exemplo de um Genograma de uma família nuclear marcada pela violência interparental e parento-filial (ver Figura 4):

**Figura 4. Genograma – caso prático**




- Nesta família podemos observar uma família nuclear composta por dois subsistemas: parenta/conjugal e filial/fraternal.
- Entre o casal existe violência do João sobre a Fátima.
- Ambos os pais têm também uma relação conflituosa com a filha mais velha, Catarina, de 17 anos.
- Entre o Luís, de 9 anos, e o pai existe uma relação forte e entre o Luís e a mãe, uma certa fusionalidade (proximidade excessiva/dependência).

- É de notar que entre os irmãos existe uma relação forte, de solidariedade, única relação positiva da Catarina, uma vez que com o atual namorado ela é violenta.
- Podemos perceber que a Fátima provém de uma família também marcada pela violência interparental e que atualmente ela ainda mantém uma relação conflituosa com o pai e uma relação forte com a mãe (triângulo emocional).
- Já o João provém de uma família complexa, filho mais velho de uma fratria de vários irmãos maternos, com pais diferentes.
- O João mantém uma relação distante com a mãe, o que nos permite colocar algumas hipóteses a propósito da sua vinculação.

**No contexto da violência familiar, o Genograma poderá ter diferentes utilizações/aplicações, entre elas:**

- Representar o sistema familiar;
- Identificar padrões familiares disfuncionais nas suas várias gerações;
- Romper dinâmicas e bloqueios produzidos pela focalização no sintoma/problema;
- Detetar fatores de risco e fatores de proteção presentes na família;
- Identificar recursos familiares que apoiem as intervenções;
- Ferramenta para a investigação.

Azeiteiro (2007) realizou uma investigação no Serviço de Violência Familiar, partindo da análise dos genogramas de 9 casais identificados com problemas de violência conjugal, e a partir da análise das

redundâncias e das singularidades das suas histórias concluiu que: em quase todos eles havia história de violência conjugal na família de origem e, em muitos deles, também história de violência parental; o álcool era um problema muito comum associado a um dos elementos do casal, mas também a outras personagens da família; as triangulações eram frequentes, nas diferentes gerações. Os genogramas estudados permitiram também compreender que em muitos destes casais a etapa do namoro foi curta e o casamento implicou um *cut off* com a família de origem, denotando a pseudo-diferenciação da família de origem. A autora encontra também, como redundância, a dificuldade em estabelecer limites flexíveis com as famílias de origem: ou são rígidos ou difusos, não proporcionando assim um suporte adequado. Este trabalho é ilustrativo da relevância do Genograma como instrumento de avaliação e investigação junto de famílias onde há violência.

No contexto dos cuidados de saúde primários, este instrumento reveste-se de uma importância acrescida, na medida em que permite diagnosticar a violência, entre outros problemas familiares, de um modo mais ou menos neutro, acabando por contribuir para o *screening* recomendado. Rebelo (2007) recomenda a utilização sistemática deste valioso instrumento de trabalho na prática dos clínicos gerais, juntamente com outros instrumentos de avaliação familiar [5], tecendo,

[5] Para o aprofundamento de outros instrumentos de avaliação familiar, passíveis de serem utlizados no contexto da saúde, ver referências bibliográficas: Alarcão, 2000; Da Silva e Santos, s.d.; Martins, Fonseca e Costa, 2000; McGoldrick e Gerson, 1987; Rabbia, s.d.; Velasco e Sinibaldi, s.d.; Wright e Leahey, 1984.

para isso, várias considerações acerca da sua utilização, em que contextos e momentos, com o objetivo principal de explorar aquele que é o principal sistema de suporte dos indivíduos (a família), poderosa aliada na intervenção. Para além disso, o Genograma torna a elaboração da história clínica do utente, algo mais dinâmico e participado, sendo útil um enfoque nas problemáticas de saúde, do próprio e dos familiares mais próximos (Rabbia, s.d.).

Também os enfermeiros têm uma larga história de utilização do Genograma na sua intervenção específica (ver Da Silva & Santos, s/d; Wright & Leahey, 1984; Duhamel, 1995), avaliando as famílias e estabelecendo com elas uma poderosa relação de ajuda.

## 4.6. O mapa de rede: instrumento de avaliação da rede social pessoal

O mapa de rede é um instrumento de avaliação da rede social pessoal, que possibilita o registo sistematizado de informação relativa ao conjunto de relações que o utente perceciona como significativas ou diferenciadas da massa anónima da sociedade (Sluzki, 1996). Na literatura existem amplas evidências de "como as redes sociais são elementos fundamentais no suporte dos indivíduos, ao nível material e afetivo, tendo impactos muito claros na sua saúde física e mental" (Fontes & Portugal, 2009, p. 287). Com efeito, os estudos que correlacionam variáveis da rede social com questões de saúde individual, e que remontam ao clássico estudo de Durkheim sobre o suicídio, têm vindo a aumentar exponencialmente nos últimos tempos (Sluzki, 1996, 2000).

A multiplicidade de estudos epidemiológicos e a complexidade teórica e metodológica a eles inerente inviabiliza a sua abordagem, mesmo que resumida, no âmbito do presente texto. Contudo, Sluzki (1996, 2000) sumaria os resultados das investigações sobre as relações entre saúde e rede social com recurso a dois processos antitéticos e recursivos: 1) ciclos virtuosos e 2) ciclos viciosos. Nos primeiros, a presença de uma rede social adequada protege e promove a saúde, e esta contribui reciprocamente para a manutenção e melhoramento dos relacionamentos sociais. Na presença de um ciclo vicioso, uma rede social pobre influencia negativamente a saúde, e as doenças,

particularmente as crónicas, afetam negativamente os recursos e resiliência das redes, numa espiral de deterioração progressiva.

O termo "rede social" é utilizado em contextos muito diversificados, por vezes com sentidos díspares, pelo que importa proceder a uma clarificação conceptual do objeto avaliado através do mapa de rede. Existem redes sociais de vários tipos, mas as suas reproduções gráficas são caracterizadas por dois elementos fundamentais: 1) nódulos (usualmente pessoas) e 2) laços (usualmente as relações que conectam as pessoas). Quando a rede social é desenhada tendo como ponto de base as experiências relacionais de um determinado indivíduo, esta torna-se pessoal. A representação da rede social decorrente da aplicação do mapa de rede coloca o indivíduo no seu centro e permite visualizar a constelação de pessoas que o rodeia, o seu universo de relações (Sluzki, 2000, p. 2). Trata-se assim de uma rede social pessoal ou rede egocêntrica.

O mapa de rede permite avaliar o suporte disponível, as características ou propriedades da rede que o potenciam ou inibem, assim como planificar a intervenção de forma a "ativar, potenciar, ou mesmo criar uma rede de suporte" (Guadalupe, 2009, p. 93). A sua relevância no momento da avaliação inicial é complementada pelo potencial que detém enquanto instrumento de **aferição da eficácia da intervenção**, quando aplicado em dois ou mais momentos distintos do processo de apoio.

Importa ainda referenciar que a exploração da teia relacional envolvente, dos focos de tensão presentes e recursos disponíveis, das dinâmicas interpessoais com carga positiva e negativa, dos elementos periféricos ou centrais na vida do utente, é uma tarefa que contempla em si uma dupla dimensão avaliativa e interventiva. Com efeito, o próprio ato de elaboração do mapa de rede e da devolução de informação sobre as suas principais características, estruturais e funcionais, pode constituir um **momento de intervenção**, em que o utente reflete sobre questões cuja influência na sua vida não é discernível sem investigação sistemática. Este movimento de consciencialização pode confirmar ou infirmar as perceções prévias que o utente detinha sobre as suas relações interpessoais, permite confrontar a "rede real" que revelou com a "rede ideal" que deseja, potenciar a colaboração de técnico e utente em torno de mudanças almejadas e fomentar sinergias entre as competências e os recursos já existentes na comunidade.

A estandardização de normas de aplicação, avaliação e análise, referenciadas neste documento, visa facultar uma linguagem comum que possibilite o trabalho em rede e a **partilha de informação entre profissionais/instituições** implicados no processo de apoio, e que facilite a reatualização da informação e reavaliação da situação, uma vez que a rede social pessoal é, na sua essência, um sistema social dinâmico, em permanente evolução.

Nos pontos seguintes serão abordados: 1) a configuração do mapa de rede e a descrição dos elementos que o constituem; 2) regras para a

sua elaboração; 3) descrição das variáveis que podem ser avaliadas através do mapa de rede; 4) considerações sobre a análise da informação recolhida que auxiliem o técnico a tecer reflexões substantivas, devolver informação ao utente e planear a intervenção e/ou encaminhamento.

### 4.6.1. A CONFIGURAÇÃO DO MAPA DE REDE E A DESCRIÇÃO DOS ELEMENTOS QUE O CONSTITUEM

O mapa de rede encontra-se dividido em quatro quadrantes (ver Figura 5), correspondentes ao tipo de relacionamento que o indivíduo mantém com o elemento da rede identificado:

1. **Família** (relações familiares: nuclear e alargada)[1]
2. **Amizades** (relações de amizade e/ou vizinhança)[2]
3. **Relações de trabalho ou estudo** (relações com colegas de trabalho e/ou estudo; chefias ou professores)[3]

---

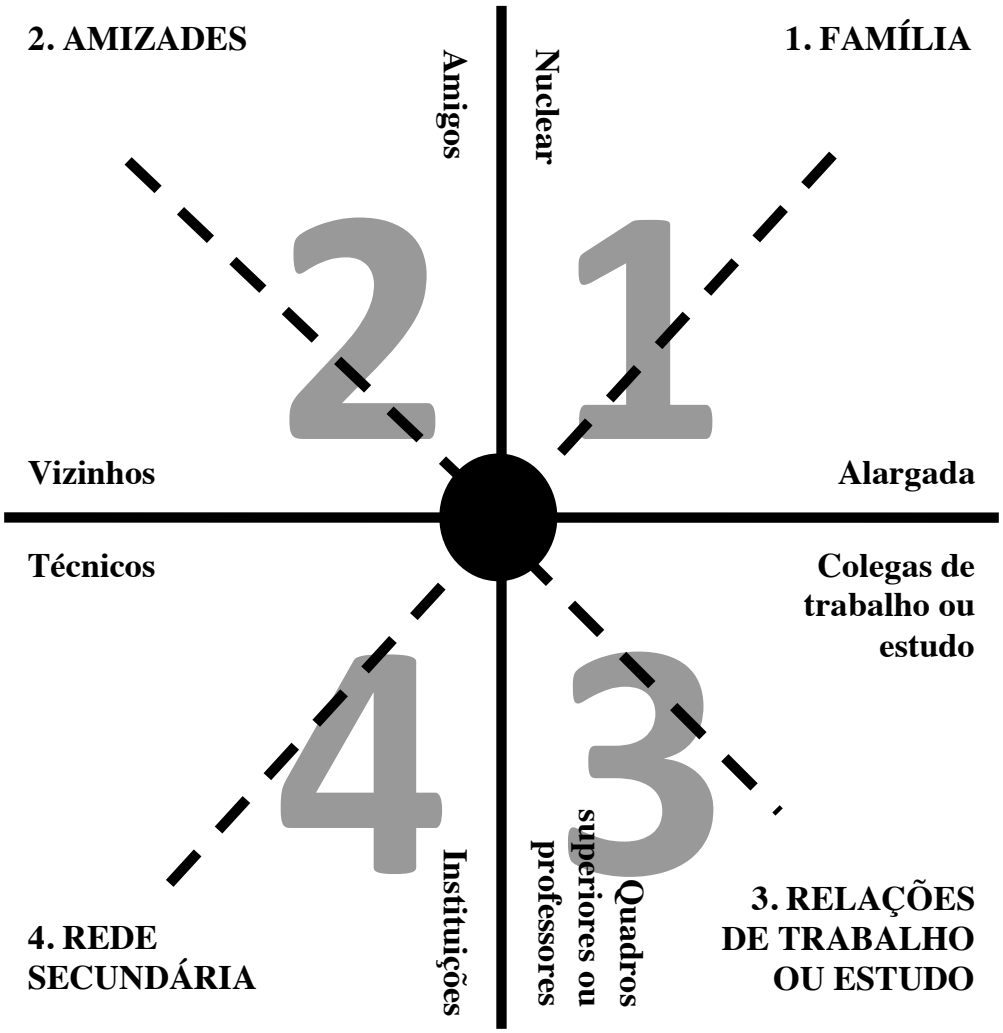
[1] Considerou-se relevante, neste âmbito de intervenção, subdividir o quadrante familiar em "família nuclear" e "família alargada", sendo que a primeira contempla habitualmente as pessoas que, num dado momento, estão "imersas" na situação problemática, ao passo que a segunda poderá facultar apoios aos mais diversos níveis e informação relativa à trangeracionalidade/intergeracionalidade da violência que auxiliem a sua (re)conceptualização e a emergência de narrativas alternativas.

[2] Optou-se por subdividir o quadrante das amizades em "amigos" e "vizinhos", considerando que os amigos, independentemente do apoio prestado e significado que detêm na vida do sujeito, podem encontrar-se distantes geograficamente, ao passo que os vizinhos, pela própria definição do termo, se encontram geograficamente próximos, o que tem implicações no tempo de resposta em situação de crise.

[3] As relações de trabalho ou estudo podem ser subdivididas em "colegas de trabalho ou estudo" e "chefias ou professores". As pessoas em cargos hierarquicamente

4. **Rede secundária** (relações com profissionais e/ou serviços, instituições, organizações e associações)[4]

**Figura 5. Quadrantes do mapa de rede**

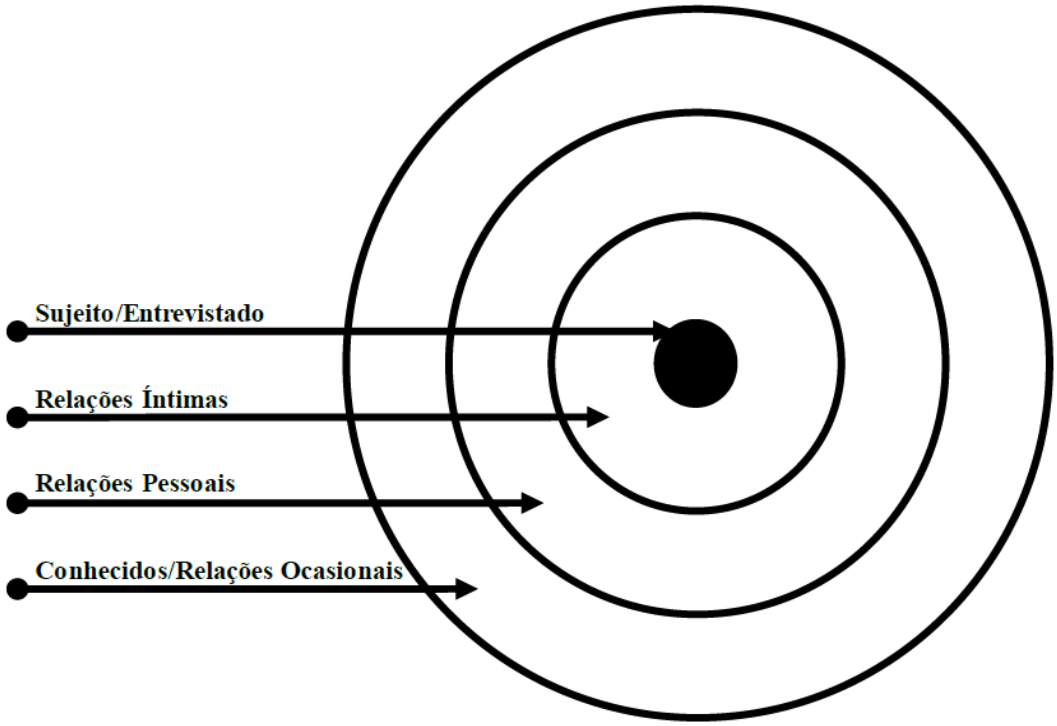



superiores poderão facilitar a vinda aos serviços de apoio, por exemplo, através da flexibilização de horários; os pares, pelo contacto quotidiano e partilha de dificuldades, poderão constituir importantes fontes de apoio no contexto laboral.

[4] Na rede secundária podem ser identificadas "instituições" ou "técnicos". Quando o sujeito ainda não estabeleceu nenhuma relação preferencial com um técnico, poderá identificar a instituição a que recorre; quando existe um profissional de referência, o contacto interinstitucional poderá ser facilitado.

Os três primeiros quadrantes constituem a **rede primária**, ou seja, o conjunto de figuras com quem o sujeito mantém uma relação informal, pontuada pela afinidade pessoal. Os vínculos na rede primária são essencialmente afetivos, não havendo obrigatoriedade da relação. Guadalupe (2009, p. 54) salienta o papel das redes primárias no bem-estar individual, ressalvando que elas poderão contemplar relações com carga negativa/nociva, quando afirma: "se é a este tipo de redes (…) que se atribui a maioria das funções de suporte social e onde identificamos as fontes de nutrição emocional, é igualmente nelas que situamos o maior nível de conflitualidade". O quarto quadrante reporta-se à **rede secundária,** ao conjunto de organizações e instituições, com os quais se mantêm relações que visam cumprir uma determinada função ou fornecer um serviço.

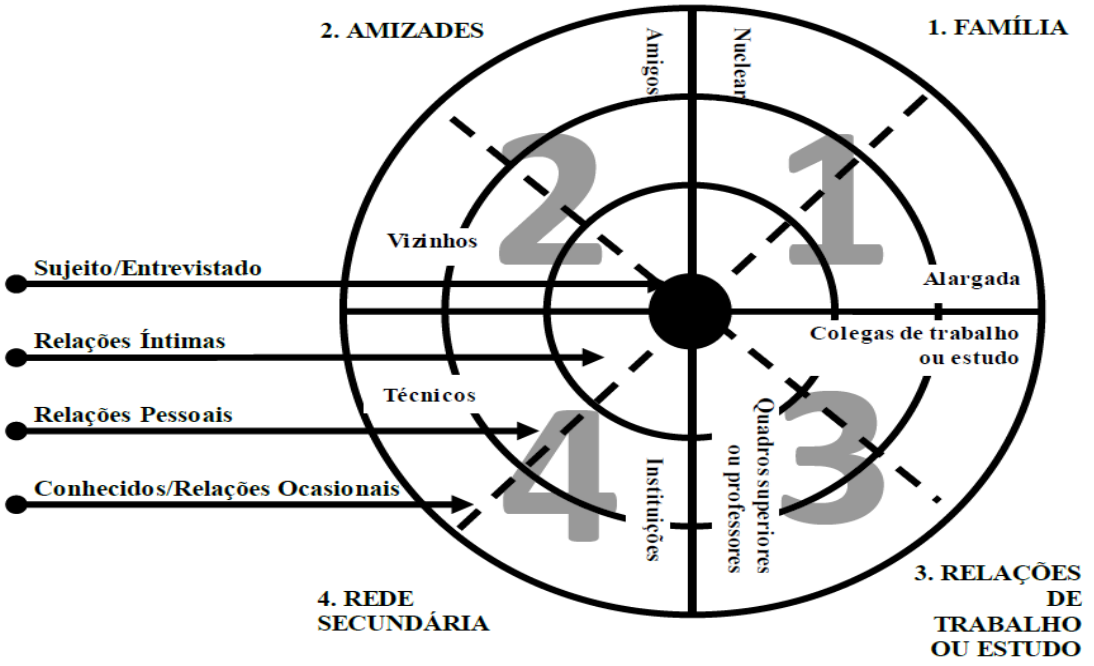
**Figura 6. Círculos de proximidade/intimidade**



Sobre os quatro quadrantes encontram-se delimitadas três áreas, representadas por círculos de diâmetros diferentes (ver Figura 6 acima), que correspondem a níveis de proximidade e intimidade distintos (Sluzki, 1996):

1. Círculo interior de **relações íntimas**, como familiares diretos e amigos próximos com contacto quotidiano;
2. Círculo intermédio de **relações pessoais**, mas com menor grau de intimidade, como por exemplo, relações sociais ou profissionais com contacto pessoal, mas sem intimidade, amizades sociais e familiares intermédios);
3. Círculo externo de **conhecidos e relações ocasionais**, tais como conhecidos da escola ou do trabalho, bons vizinhos e familiares longínquos.

**Figura 7. Integração dos componentes do mapa de rede (quadrantes e círculos)**



### 4.6.2.REGRAS PARA A SUA ELABORAÇÃO

A elaboração do mapa de rede obedece aos seguintes passos:

1. **Introdução da tarefa**: nesta fase, o entrevistador introduz a atividade, explicando o seu objetivo e pertinência para o processo de avaliação/intervenção:

   *"Indique o nome das pessoas com quem esteve em contacto nos últimos 6 meses e que sejam significativos na sua vida."*

   De forma a clarificar a tarefa, o entrevistador poderá acrescentar as seguintes questões:

   *"Quem são as pessoas importantes na sua vida?"*
   *"Quem lhe dá apoio em momentos de dificuldade?"*
   *"Com quem falou ou esteve em contacto nas últimas semanas?"*
   *"Quando lhe apetece falar, quem contacta?"*
   *"Com quem desabafa sobre os seus problemas?"*
   *"Com quem fala regularmente?"*

2. **Preenchimento da folha de registo**: o sujeito referencia as pessoas que constituem a sua rede e o entrevistador regista a informação numa folha apropriada, solicitando sempre a natureza da relação e o grau de intimidade com o elemento identificado.
   A folha de registo é colocada num local visível para o sujeito (por exemplo em cima da secretária) e o entrevistador explica sucintamente o significado da divisão em quadrantes e em

círculos. Há medida que o entrevistado vai respondendo, e caso surjam dúvidas sobre em que quadrante ou círculo do mapa se incluirá o membro referenciado, o entrevistador solicita-lhe que aponte, com o dedo ou com um lápis, o local na representação gráfica do mapa onde situaria o elemento da rede mencionado. Se o elemento identificado manifestar mais do que um tipo de vínculo (por exemplo, se for amigo e colega de trabalho), o sujeito deverá referenciar o tipo de relação mais significativa naquele momento.

*"Você está representado no centro destes três círculos, sendo que cada um representa um nível de proximidade/intimidade diferente. Quanto mais afastado do centro do círculo estiver, mais afastado também estará de si";*
*"A relação é muito íntima, medianamente íntima ou pouco íntima?";*
*"Esta pessoa está emocionalmente muito próxima de si ou muito afastada?"*
*"Esta pessoa é sua familiar, amiga ou colega?"*
*"Por favor, aponte com o seu dedo o local onde gostaria de colocar a pessoa que acabou de referir. Coloca-a perto de si ou longe de si? Considera-a um amigo ou um colega de trabalho?"*

Os elementos da rede são assinalados no mapa com um número, que terá correspondência numa listagem lateral contendo informação sobre os mesmos. O entrevistador poderá conectar

com uma linha os elementos que se conhecem entre si, com vista a uma representação estrutural mais completa da rede (ver Figura 8).

*"Quem conhece quem neste mapa?"*

O registo poderá ser enriquecido questionando o sujeito sobre em que sentido está a evoluir a relação que mantém com um determinado elemento. Consoante a resposta, o entrevistador coloca uma seta que represente esse movimento de maior ou menor proximidade.

*"Está a aproximar-se ou a distanciar-se desta pessoa?"*
*"A sua relação com esta pessoa está evoluir no sentido de maior ou menor intimidade, ou não se preveem alterações?"*

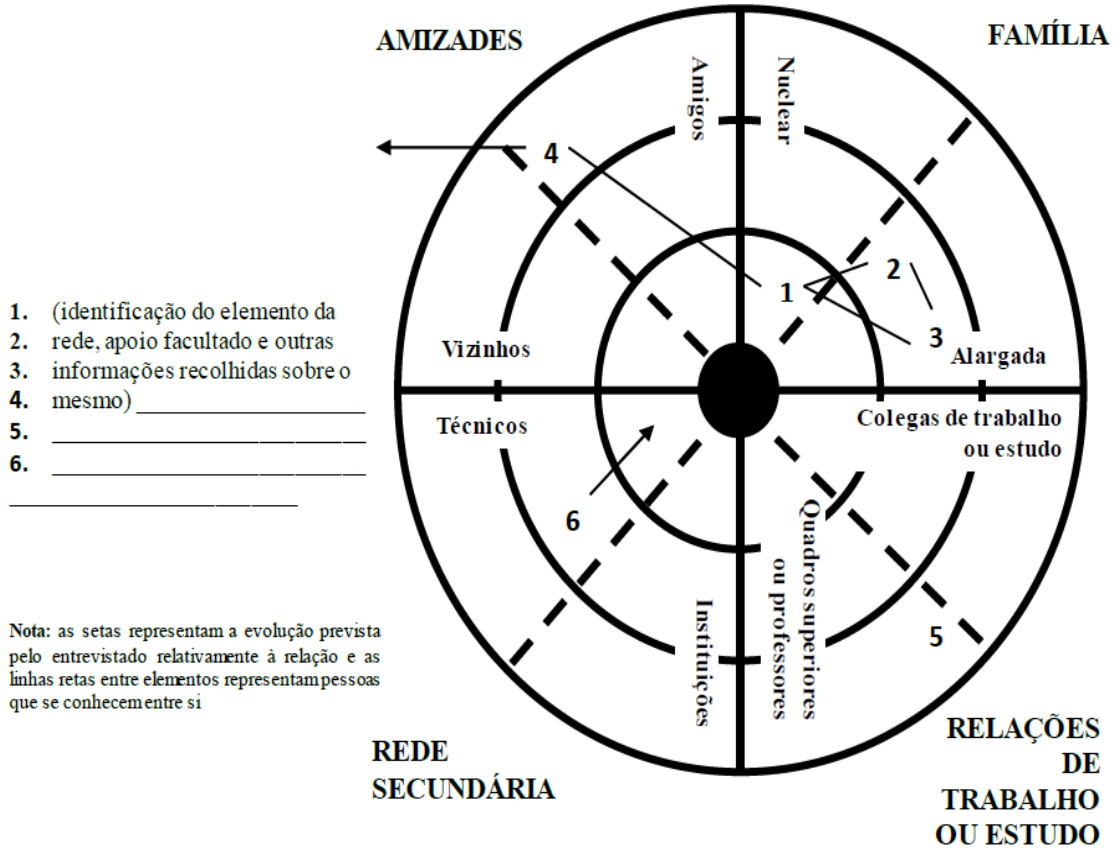
3. **Recolha de informação complementar**: o entrevistador pode enriquecer o mapa, solicitando informação adicional para cada um dos elementos da rede mencionados. Por exemplo, características sociodemográficas, elementos da história comum, frequência de contactos, ou tipo e quantidade de apoio veiculado na relação.

*"Agora que temos uma imagem da sua rede de suporte, gostaríamos de conhecer um pouco melhor os elementos que a compõem."*
*"Onde reside este seu amigo?"*
*"Qual a sua idade, escolaridade e profissão?"*
*"Com que frequência se contactam?"*
*"Onde e como se conheceram?"*

*"Que apoio(s) recebe dele?"*

*"Há quanto tempo dura esta relação?"*

**Figura 8. Registo dos elementos no mapa de rede com legenda lateral**




O mapa de rede tem como principais vantagens a sua simplicidade e facilidade de aplicação (Sluzki, 2000). Contudo, existem outros instrumentos de avaliação da rede social pessoal que permitem igualmente registar a mesma informação de forma estruturada e estandardizada, constituindo assim recursos significativos para quem pretende combinar a prática clínica quotidiana com atividades de investigação. Destes instrumentos, destaca-se o Instrumento de Avaliação da Rede Social Pessoal ou IARSP (Alarcão & Sousa,

2007), o qual tem sido utilizado em numerosos estudos realizados em Portugal (Abreu, 2000; Gonçalves, 2003; Guerra, Vicente, Figueiredo & Sousa, 2008; Machado, 2008; Sousa, 2005; Sousa & Alarcão, 2007; Vicente, 2010), embora com algumas variações na sua forma.

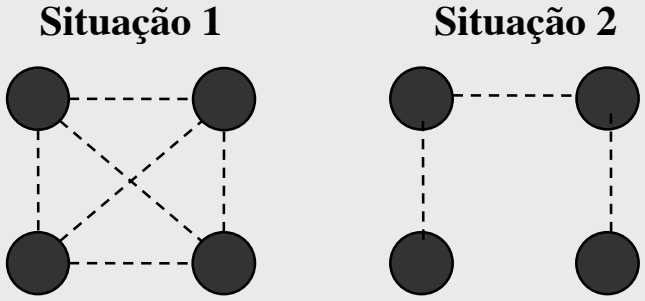
### 4.6.3. VARIÁVEIS QUE PODEM SER AVALIADAS ATRAVÉS DO MAPA DE REDE

Após o registo de informação, o técnico pode avaliar a rede em termos das suas características estruturais e funcionais. A DIMENSÃO ESTRUTURAL da rede diz respeito à "organização da teia relacional" (Guadalupe, 2009, p. 74) e contempla as seguintes variáveis:

- **Tamanho**: consiste no número total de pessoas, técnicos ou instituições mencionados pelo sujeito; é calculado pela soma de todos os elementos enunciados no decorrer da entrevista; segundo Guadalupe (2009), no presente momento carecemos ainda de informação para afirmações sustentadas sobre o tamanho médio da rede social pessoal, mas esta pode ser interpretada qualitativamente como "pequena", "média" ou "ampla".
- **Densidade**: consiste na conexão dos elementos da rede entre si; é calculada através da divisão do número de vínculos existente pelo número de vínculos possível (ver Figura 9); similarmente ao tamanho, também pode ser qualitativamente interpretada como "coesa" (todas as pessoas da rede se conhecem entre si), "fragmentada" (composta por pequenos subgrupos, por vezes em

diferentes quadrantes, em que os seus membros, ou não se conhecem ou apresentam uma frequência de contactos reduzida) ou "dispersa" (os membros da rede não se conhecem uns aos outros).

**Figura 9. Exemplificação do cálculo da densidade de uma rede**




**Número de vínculos possível** (calculado através da fórmula *n(n-1)/2*, sendo que "*n*" corresponde ao número total de elementos na rede):
*Situação 1 e 2 → 4(4-1)/2 = 6*

**Número de vínculos existente** (calculado pela soma das linhas de conexão entre os elementos da rede):
*Situação 1 → 6*
*Situação 2 → 3*

**Densidade:**
*Situação 1 → 6/6 = 1*
*Situação 2 → 3/6 = 0,5*

- **Composição**: determina-se pela contabilização do número de pessoas em determinado quadrante, permitindo tipificar a rede como "familiar", "de amizade" ou "de vizinhança", consoante o peso ou proporção que cada quadrante detém; para além dos

quadrantes, a distribuição também pode ser avaliada em termos de número de elementos por círculos de proximidade relacional; a distribuição dos elementos pelos quadrantes permite ainda aferir o nível de concentração da rede, ou seja, se esta é exclusivamente localizada num quadrante ou de distribuição ampla.

- **Dispersão**: distância geográfica dos elementos da rede entre si e em relação ao sujeito; a dispersão da rede pode afetar a sua acessibilidade e a manutenção de contactos, que por sua vez poderá condicionar a capacidade da resposta da rede em situações de necessidade ou crise.

- **Frequência de contactos**: traduz-se na frequência com que o sujeito contacta ou é contactado pelos membros da sua rede; o contacto é essencial para a manutenção e ativação dos laços na rede, embora "os vínculos intensos se possam ativar, rapidamente e apenas com um contacto, mesmo aquando da existência de uma hiato temporal considerável" (Guadalupe, 2009, p. 88).

- **Homogeneidade ou heterogeneidade**: similaridade ou diferença demográfica e sociocultural dos elementos da rede social; contempla variáveis como a idade, o sexo ou o nível socioeconómico; a homogeneidade da rede confere vantagens e desvantagens ao indivíduo (Sluzki, 1996); uma rede homogénea pode facilitar a construção de uma identidade pessoal estável e sólida, mas pode igualmente revelar-se ineficaz quando são necessários recursos diversificados para responder a uma crise inesperada.

- **Atributos do vínculo**: nesta categoria enquadram-se elementos como a durabilidade da relação, a história comum, o grau de compromisso, intimidade ou conflito, entre outros.

A DIMENSÃO FUNCIONAL da rede social pessoal refere-se ao tipo de funções desempenhadas pelos elementos da rede ou apoios prestados no seu seio, contemplando:

- **Apoio Emocional**: manifestação de atitudes emocionais positivas, criando um clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio. Consiste no poder contar com a ressonância emocional e boa vontade do outro.
- **Apoio Financeiro**: ajudas em dinheiro, que podem ser diretas (por exemplo, dar ou emprestar dinheiro) ou indiretas (por exemplo, através da aquisição ou oferta de bens e/ou serviços).
- **Apoio Instrumental**: assistência ou auxílio nas tarefas do quotidiano.
- **Apoio Técnico ou de Serviços**: auxílio centrado em apoios formais e especializados (por exemplo, apoio prestado por técnicos de saúde).
- **Guia Cognitivo e Aconselhamento**: compartilhar informação pessoal ou social com o objetivo de aclarar expectativas e prover modelos de desempenho de papéis.

- **Acesso a Novos Contactos**: facilitar a abertura de "novas portas" para ligações com pessoas e redes que não fazem parte da rede do sujeito.
- **Companhia Social**: realizar atividades conjuntas, compartilhar uma rotina quotidiana, ou simplesmente "estar juntos".
- **Regulação Social**: interações que recordam ou reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam desvios de comportamento, permitindo uma dissipação da frustração e violência e favorecendo a resolução de conflitos.

### 4.6.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANÁLISE DA INFORMAÇÃO RECOLHIDA

A análise do mapa de rede deverá ter em conta a idiossincrasia de cada situação e dos indivíduos em causa, pelo que algumas características funcionais e contextuais poderão ser fundamentais na avaliação de determinados casos e supérfluas noutros.

Uma das características fundamentais da rede social pessoal é a sua estabilidade, mas não se deve olvidar que este é também um sistema fluído em evolução permanente, importando questionar a sua congruência e compatibilidade com a fase do desenvolvimento individual (Erikson, 1950/1976; Vaillant, 2002) e familiar (Carter & McGoldrick, 2005; Relvas, 2004) em que o indivíduo se encontra.

Nos primeiros anos de vida, e na substancial maioria dos casos, a rede social pessoal é caracterizada pelo seu enfoque na família nuclear, principalmente no pai, mãe e outros elementos da família implicados na tarefa de cuidar do bebé, tais como os avós. Com o passar dos anos, a rede social expande-se em virtude dos contactos da criança com outros sistemas sociais, como o sejam a comunidade circundante (os vizinhos) e o meio escolar (colegas de estudo e professores). Posteriormente, a entrada no mundo do trabalho acarreta geralmente alterações significativas no tecido social do indivíduo, seja pela entrada de novos elementos (os colegas de trabalho), seja pelo enfraquecimento de vínculos pré-existentes, como por exemplo, com os antigos colegas de estudo. Finalmente, os últimos anos de vida são caracterizados pela contração da rede, seja por morte, migração ou debilitação progressiva dos seus membros, por diminuição de oportunidades e motivação do sujeito para a sua renovação, ou pela diminuição da energia necessária para a manutenção dos vínculos existentes.

Se a rede social passa por três fases expectáveis – expansão, estabilização, retração (Sluzki, 1996) – com implicações no tecido relacional do indivíduo, importa assinalar que as múltiplas fases do ciclo vital da família poderão igualmente comportar implicações significativas a este nível, pelo que se afigura imprescindível uma visão sistémica evolutiva na sua abordagem. Por exemplo, é expectável que, por altura do noivado e casamento, se dê um duplo processo de contração da rede social prévia de cada elemento e

expansão da "rede combinada" de ambos. Por outro lado, crises familiares, previstas ou imprevistas, como a morte do cônjuge ou o divórcio, poderão trazer alterações substanciais na rede. Em virtude do exposto, é possível afirmar que a análise de uma rede social pessoal ficará tanto mais rica quanto mais se conjugar e entrecruzar a informação decorrente da elaboração do mapa com elementos da história individual e familiar do sujeito recolhidos em entrevista.

A cuidada análise da informação decorrente da avaliação das variáveis enunciadas no ponto anterior, fundada num conhecimento aprofundado das dinâmicas desenvolvimentais inerentes às redes sociais, famílias e indivíduos, faculta ao técnico uma compreensão mais detalhada das potencialidades e fragilidades da rede, auxiliando na conceptualização do caso. Uma vez que é impraticável a referência detalhada a cada uma variáveis acima elencadas, e tendo igualmente em conta que a realidade encerra inúmeras possibilidades, teceremos breves comentários sobre alguns dos tópicos mais referenciados na literatura.

Em relação ao tamanho, considera-se que uma rede diminuta pode ser pouco eficaz numa situação de sobrecarga crónica ou de longa duração (Sluzki, 1996; Guadalupe, 2009). Embora uma rede de dimensões reduzidas não signifique necessariamente que o sujeito se encontra numa situação de carência, pois as suas necessidades de apoio podem estar a ser integralmente supridas, esta pode constituir um fator de risco. Por um lado, a ausência súbita de um membro numa rede já em si diminuta pode constituir uma perda insubstituível e

irreparável para o sujeito. Por outro lado, a ocorrência súbita e inesperada de uma crise na vida do indivíduo pode requerer apoios que nenhum dos elementos da rede é capaz de disponibilizar. As redes muito numerosas também se arriscam à inação, uma vez que os seus membros podem pensar "alguém já o deve estar a ajudar". Estes elementos fazem crer que as redes de dimensões médias serão as mais efetivas (Sluzki, 1996).

Outra variável que é habitualmente referenciada é a composição da rede. Assim, quando a rede se encontra demasiado centrada num único quadrante (por exemplo, na família), torna-se menos flexível e efetiva, gerando menos opções de resposta e colocando o ónus do apoio sempre sobre os mesmos elementos (Sluzki, 1996; Guadalupe, 2009). Nesta linha de raciocínio, a heterogeneidade da rede constituiria um fator protetor. Contudo, a análise das vantagens e desvantagens da heterogeneidade/homogeneidade de uma rede social pessoal, dependem igualmente da sua densidade. Ou seja, se estamos perante uma rede coesa, fragmentada ou dispersa. Nas redes coesas, onde toda a gente se conhece, a mobilização de recursos é célere e o outro encontra-se geralmente disponível em caso de necessidade. Os inconvenientes destas redes residem, sobretudo, na elevada pressão para a conformidade, na influência e controlo que os membros da rede exercem entre si, e na pouca abertura ao exterior, inviabilizando a renovação ou inovação dos padrões ou normas comportamentais existentes. As redes fragmentadas oferecem maior flexibilidade, pois são compostas por subgrupos diferentes que, em princípio,

disponibilizam uma maior diversidade de recursos. Contudo, as barreiras entre os subgrupos poderão colocar entraves a um apoio efetivo, particularmente quando este requer a cooperação e concertação de esforços por parte de membros de diferentes subgrupos. As redes dispersas são pouco interligadas e, por isso mesmo, frágeis e vulneráveis à desorganização quando falta a pessoa central que une todos os pontos. O Quadro 5 sintetiza as principais potencialidades e fragilidades aqui elencadas.

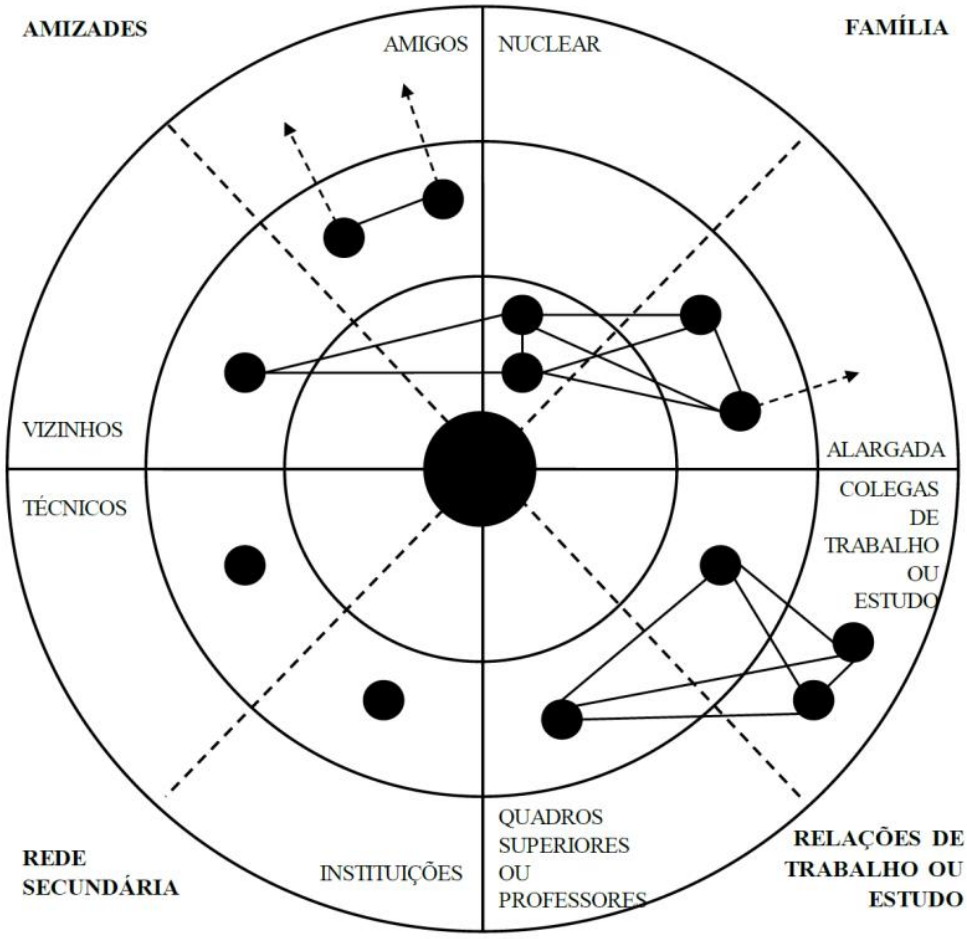
**Quadro 5. Potencialidades e fragilidades dos diferentes tipos de rede**
(adaptado de Torrado, 2006)

| | **Rede Coesa** | **Rede Fragmentada** | **Rede Dispersa** |
|---|---|---|---|
| **Potencialidades** | • Facilidade na circulação de informação<br>• Capacidade de mobilização interna<br>• Rapidez na resposta e elevado grau de envolvimento e compromisso entre todos os seus membros | • Elevado grau de adaptação à mudança e a transformações<br>• Elevada permeabilidade a novas ideias<br>• Elevado acesso a novos contactos e recursos externos<br>• Flexibilidade de relações internas | • Potencial de evolução para outro tipo de rede |
| **Fragilidades** | • Elevado grau de controlo e pressão grupal<br>• Forte pressão para a conformidade (intolerância ao desvio)<br>• Reduzido acesso a novos contactos e recursos externos<br>• Reduzida capacidade de mobilização externa | • Desequilíbrio no apoio e capacidade de mobilização interna<br>• Barreiras internas à otimização dos recursos<br>• Circulação de informação diferenciada por (sub)grupos | • Reduzida capacidade de mobilização interna<br>• Dificuldade na otimização de recursos e concertação de apoios<br>• Reduzido acesso a novos contactos e recursos externos<br>• Circulação de informação comprometida (uma vez que apenas o sujeito conhece os diferentes elementos da rede) |

### 4.6.5. EXEMPLO DE APLICAÇÃO

Facultaremos agora um pequeno exemplo que ilustra brevemente a análise de uma hipotética rede social pessoal (ver Figura 10). O registo dos elementos no mapa de rede obedeceu às regras de elaboração anteriormente referidas (identificação das pessoas significativas e distribuição das mesmas segundo os quadrantes e círculos de intimidade), tendo sido solicitado ao sujeito focal que referisse o sentido em que a relação com cada membro estaria a evoluir (representado pelas setas associadas aos membros da rede).

**Figura 10. Mapa de rede social pessoal – caso prático**



Neste exemplo temos uma rede social em que, apesar do seu tamanho médio (13 elementos) e composição diversificada (são identificados elementos significativos nas oito categorias relacionais definidas: família nuclear e alargada; amigos e vizinhos; colegas de trabalho ou estudo e quadros superiores ou professores; técnicos e instituições), apresenta algumas características a merecerem atenção. Primeiramente, a figura revela uma rede social dispersa. Ou seja, os elementos pertencentes aos diferentes quadrantes não se conhecem entre si, o que poderá ter como corolário o comprometimento da circulação de informação ou dificuldades na capacidade de mobilização e otimização de recursos. Em segundo lugar, o sujeito focal indica a presença de elementos da rede social, tanto na rede familiar como na rede de amizades, que se estão progressivamente a afastar, afigurando-se relevante uma avaliação mais detalhada sobre os motivos subjacentes a este distanciamento (ex. se é promovido pelo próprio, imposto por outrem ou decorrente dos próprios elementos da rede). Em terceiro lugar, constata-se que, excluindo o setor da família nuclear no quadrante "família", o círculo interior se encontra despovoado; ou seja, o local onde se situam as relações de maior intimidade e confiança contém poucos elementos. Nesse sentido, pode-se afirmar que a rede é relativamente homogénea no que respeita a relações de intimidade, as quais são exclusivamente do foro do sistema familiar nuclear. A questão aqui prende-se com a pouca flexibilidade que estes arranjos comportam, pois em momentos de crise inesperada, que envolva precisamente os membros da família nuclear ou na ausência temporária destes, o sujeito poderá ficar

desprovido de fontes de suporte, de escuta ou apoio, que lhe confiram o grau de intimidade necessário. Por último, existe pelo menos uma instituição e um técnico na rede que não se conhecem entre si e que, possivelmente, desconhecem a intervenção que cada um realiza. Contudo, o sujeito focal indica a presença de elementos significativos no contexto laboral, incluindo não apenas colegas de trabalho, mas também um elemento hierarquicamente superior, sugerindo um meio protetor de onde poderão provir apoios diferenciados.

Para além das hipóteses levantadas pelo próprio desenho do mapa de rede, seria relevante solicitar ao sujeito que referisse quais são os elementos na rede que providenciam cada um dos tipos de apoio mencionados no ponto anterior, com vista à avaliação de necessidades e recursos disponíveis. Por outro lado, um questionamento relativo a outras variáveis, como por exemplo a dispersão (ex. "onde vivem os seus amigos?") ou a frequência de contactos (ex. "com que frequência fala com os seus familiares?") poderia facultar importantes informações ao técnico. Por exemplo, o sujeito poderia referenciar que, para além de não ter relações íntimas com ninguém fora da família nuclear, apresenta baixa frequência de contactos e elevada dispersão geográfica dos amigos, que consequentemente se traduz na sua perceção de falta de apoio emocional e companhia.

## 4.7. Avaliação do risco associado à violência entre parceiros íntimos

De acordo com Goldim (2001), o Kennedy Institute of Ethics (1995) caracteriza risco como sendo a probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável; Cox (2002) define risco em saúde como o perigo potencial de ocorrer uma reação adversa à saúde das pessoas expostas a ele. "A definição de risco engloba uma variedade de medidas de probabilidades, incluindo aquelas baseadas em dados estatísticos ou em julgamentos subjetivos" (Goldim, 2001). Assim, a definição de risco, segundo Goldim (2001), deveria responder a algumas questões: (1) Qual é a fonte de riscos? (2) Quais são os alvos de determinado risco? (3) Quais são os efeitos adversos que aquela fonte de riscos pode causar aos seus alvos? (4) Quais são os mecanismos que podem ampliar os efeitos adversos de determinado risco?

Conforme afirmam Le Blanc, Quimet e Szabo (2003, p. 250), no subcapítulo sobre o homicídio conjugal, "existe uma continuidade entre o murro dado pelo marido à mulher e o disparo que lhe tira a vida". Wilson, Jonhson e Daly, 1995, e Boisvert e Cusson, 1999 (cit. por Le Blanc, Quimet & Szabo, 2003, p. 250) sublinham que "quando um homem agride ou mata a mulher, fá-lo quase sempre pela mesma razão: porque queria dominá-la ou possuí-la de maneira exclusiva, enquanto ela o recusava ou pretendia romper com a relação". Apesar dos fatores associados ao risco para uma mulher ser morta pelo cônjuge serem sensivelmente idênticos aos fatores do risco de ser agredida (ver Quadro 6), a especificidade do homicídio conjugal não

deve ser perdida de vista, como pontuam Le Blac, Quimet e Szabo (2003); sublinham também que "existem muitos autores de homicídio conjugal que nunca teriam agredido a cônjuge anteriormente" (p.250).

**Quadro 6. Indicadores do risco de violência conjugal e risco de homicídio conjugal**
(Retirado de Gonçalves, Cunhas & Dias 2011, p. 235)

| **Risco de Violência Conjugal** | **Risco de Homicídio Conjugal** |
|---|---|
| Abuso de álcool<br>Baixa tolerância à frustração<br>Baixo autocontrolo<br>Baixo nível educacional<br>Baixo rendimento económico<br>Défices de assertividade comportamental e verbal<br>Desordem da personalidade antissocial<br>Diferentes orientações religiosas no casal<br>Fatores "acidentais" (e.g., casamento precoce; desemprego; gravidez não-desejada; separação)<br>Psicopatia<br>Superioridade académica e/ou profissional da mulher<br>Violência face às crianças<br>Violência na família de origem | Abuso de álcool e drogas<br>Acesso a ou posse de armas<br>Ameaças com armas<br>Ameaças de morte<br>Ameaças de suicídio<br>Atitudes de dominância e poder extremas<br>Atitudes e comportamentos obsessivos e ruminativos<br>Ciúmes excessivos<br>Comportamento violento generalizado<br>Ferimentos graves em incidentes anteriores<br>Morbilidade psiquiátrica e psicopatologias<br>Prática de sexo forçado com a vítima<br>Psicopatia<br>Uso de armas em incidentes anteriores<br>Violência na família de origem |

Segundo Le Blanc, Quimet e Sazbo (2003, p. 251), " no Quebeque, de 1986 a 1996, 84,5% dos homicídios conjugais teriam sido perpretados por um homem; em 82% dos casos, a vítima era uma mulher (…)

15,5% destes crimes terão sido cometidos por mulheres[1]". Relativamente ao perfil do agressor, segundo os autores acima referenciados, "o assassino conjugal é relativamente mais velho, em média 42 anos (…) Cinquenta e sete por cento destes assassinos não têm emprego (contra 66% no total dos outros homicídios). Têm antecedentes judiciais em 44% dos casos (contra 60% no total dos assassinos)". De acordo com o mesmo estudo, "os casais destruídos pela morte violenta de um dos cônjuges às mãos do outro "só estavam unidos por um casamento válido em 37% os casos. Nos 63% restantes o assassino era cônjuge de facto (29%), divorciado ou separado (22%), solteiro (12%)".

Em Portugal, de acordo com os dados preliminares do Observatório de Mulheres Assassinadas (OMA)[2] - União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR, 2011), é de registar relativamente ao homicídio associado a relações de intimidade[3] que, "até 11 de novembro de

[1] Segundo Marlene de Matos (2006, p.16), "alguns autores (e.g., Saunders, 2002; Serran & Firestone, 2004) documentam que é sobretudo a auto-defesa que está na origem dos homicídios praticados pela mulher (…) Saunders (2002), (…), evidencia que diferentes motivações determinam os homicídios cometidos pela mulher, tais como: uma forma de interromper a condição de abuso continuado sobre si e/ou os seus filhos; uma forma de prevenir uma agressão que anteciparam como iminente, geradora de um medo elevado; uma forma de atuar durante um episódio de violência".

[2] Tendo como fonte as notícias sobre homicídios e tentativas de homicídio na conjugalidade e relações de intimidade, relatados na imprensa escrita nacional, a UMAR vem apresentar os dados relativos ao Observatório de Mulheres Assassinadas e referentes ao ano de 2011 (dados até 11 de Novembro de 2011).

[3] De acordo com o relatório do OMA, "a residência continua a ser o espaço onde a maior parte dos homicídios foram praticados (91%), seguidos pelos crimes praticados na via pública (9%)" (UMAR, 2011, p. 12). Relativamente à arma do crime ou o meio empregue para a sua prática verificou-se que " 57% dos homicídios foram praticados com arma branca. Destaca-se aqui o uso de facas para pôr fim à

2011, 70% das mulheres assassinadas, foram-no às mãos de maridos, companheiros ou com quem mantinham uma relação de intimidade" (p. 30). Refere o mesmo relatório que, "esta tem sido a tendência verificada ao longo de 8 anos de OMA, totalizando, até ao momento 183 (67%) mulheres mortas por maridos, companheiros, namorados, sendo que, mais 58 (21%) mulheres foram assassinadas por ex-maridos, ex-companheiros ou indivíduos com quem haviam mantido uma relação de intimidade, num total de 241 mulheres assassinadas por indivíduos com quem tinham ou tiveram uma relação amorosa" (p. 30). Segundo o mesmo relatório, "em 2011, tal como em 2005, o grupo etário com maior prevalência foi o dos agressores com idades superiores a 50 anos (…). Já em 2008, 2009 e 2010 o grupo etário prevalente correspondia a idades situadas no intervalo 36-50 anos" (p. 6).

**Que razões impeliriam ao homicídio do cônjuge?**

Cusson e Boisvert (1994, cit. Le Blanc, Quimet & Szabo, 2003, p.252) verificaram que "uma categoria dominava nitidamente todas as outras: 55% dos casos teriam sido motivados pelo desejo de posse sexual da mulher. Um homicídio inseria-se nessa classe, designada por *posssessão*, cada vez que um homem matava a mulher que lhe anunciava romper com a relação; que se tinha separado ou divorciado

vida das mulheres que morreram em 2011 perfazendo um total de 13 das 23 mulheres assassinadas. Por seu turno, 30% dos homicidas utilizou arma de fogo (n=7), 9% usou outros objetos (eg.: pá, objeto contundente) para agredir e matar aquelas e 4% das mulheres foi assassinada por asfixia" (UMAR, 2011, p. 11).

contra a vontade do marido ou que mantinha uma relação com outro homem. Em todos os casos era claro que o homem tinha matado porque recusava terminantemente a rutura, a separação ou a ligação". Na Flórida, Rasche[4] (1993) obteve resultados idênticos. Daly e Wilson, 1998 (cit. Le Blanc, Quimet, & Szabo, 2003, p. 252) afirmam que "a predominância da vontade masculina de posse exclusiva é um fenómeno universal no homicídio conjugal"[5]. De acordo com os dados preliminares do Observatório de Mulheres Assassinadas - União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR, 2011), até 11 de novembro de 2011, é de registar que relativamente "à suposta motivação/justificação (…) a maioria dos homicidios praticados ocorreu num contexto de violência doméstica[6] (56,52%) (…) em 13,04% dos crimes foi ainda apontado o facto do alegado homicida não aceitar a separação da vítima ou o rompimento daquela relação de intimidade. Em 8,7% dos crimes praticados foi também noticiada a

[4] A autora verificou que, entre 1980 e 1986, dos 155 homicídios em relações íntimas, em 48,9% o motivo para a morte do parceiro foi o sentimento de posse, o que inclui, segundo a autora, a incapacidade do agressor para aceitar o fim da relação e/ou da segurança da relação (ciúme, infidelidade e rivalidade). Em segundo lugar, surgiu como segundo motivo o facto do homicídio ter ocorrido na sequência de uma discussão (20,7% dos casos) e em terceiro lugar surgiu como motivo a auto-defesa (15,5% dos casos) (Rasche, 1993).

[5] Como refere Le Blanc, Quimet e Szabo (2003, p. 253), "a par da posse a querela (…) é dominante em cerca de um quarto dos homicídios conjugais (…) os motivos de discussão são abundantes no seio de um casal e não é assim tão raro que uma altercação desemboque numa troca de golpes. No fundo a querela conjugal que termina com a morte da mulher ou do homem não é diferente do homicídio em querela".

[6] Importa registar, e de acordo com o mesmo relatório, que "nas situações em que foi possivel identificar a presença de episódios abusivos na relação a mesma era conhecida por familiares, vizinhos, amigos e muitas delas denunciadas aos órgãos competentes. Verificamos ainda que tal não foi suficiente na prevenção da revitimização e consequente homicídio".

presença de psicopatologia do alegado homicida como estando na base da ocorrência deste crime" (p. 10).

Como vimos anteriormente, o homicídio por posse traduz a maior percentagem das situações que terminam na morte da vítima em relações de intimidade. Segundo o Tratado de Criminologia Empírica (Le Blanc, Quimet & Szabo, 2003, pp. 252-253), o desenvolvimento do homicídio por posse pode ser repartido por cinco fases:

1ª - Um dia um homem que se habituou a controlar constantemente a cônjuge depara-se com uma situação inimaginável para ele:

- A mulher, sem a qual não consegue estar, acaba de o deixar ou prepara-se para tal,
- É incapaz de aceitar o facto e sente-se traído,
- Julga que ela não tem qualquer direito de, unilateralmente, romper a relação;

2º - O homem opõe então uma recusa formal à decisão da mulher. Considera ter direitos imprescindíveis sobre ela.

- Lança ultimatos,
- Fala em suicídio,
- Ameaça matá-la,
- Mune-se de uma arma;

3º - A mulher reivindica o seu direito à liberdade

- Apresenta a decisão irrevogável de partir,
- Deixa o domicílio conjugal para não mais voltar,
- Inicia um processo de divórcio e leva-o até ao fim,

- Revela a sua ligação;

4º - As relações tornam-se cada vez mais acrimoniosas:

- Os cônjuges trocam insultos, ameaças, lutam. Por vezes, esta fase dura semanas, meses, anos,
- O homem persegue a ex-mulher,
- Assedia-a continuamente,
- Agride-a;

5º - Desesperado com a situação e percebendo que a mulher não voltará para si,

- Amadurece a decisão de a assassinar,
- Por vezes abate-a friamente,
- Outras vezes, deixa-se levar pelo rancor e pelo ódio e, num paroxismo de raiva, atinge a vítima com múltiplos golpes, muitos mais dos que seriam necessários para a matar.

O homicídio de mulheres às mãos dos seus atuais ou ex-parceiros íntimos é um dos problemas mundiais mais graves, frequentemente associado com história prévia de violência não-letal por parceiro íntimo (Krug et al., 2002). Conforme o afirmam Brown, 1987; Campbell, 1986; Daly e Wilson, 1988; Mouzos, 2000; Polk, 1994; e Wilson e Daly, 1992 (cit. Watt, 2008) o femicídio da parceira íntima (FPI) é a forma mais comum de homicídio perpetrada contra as mulheres.

Sublinha Watt (2008) que, nos Estados Unidos, Canadá e Grã-Bretanha, por exemplo, o FPI é responsável por 30 a 60% de todos os homicídios de mulheres por ano.

Abrams, Belkap e Melton, 2000; e Websdale, 2003 (cit. Watt, 2008) afirmam que muitos casos de VPI podem ser prevenidos, uma vez que os membros da família, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, ou serviços tinham conhecimento ou suspeita de problemas graves na relação vítima-agressor antes dos assassinatos. Como o referem Frye e Wilt, 2001, Venis e Horton, 2002, e Websdale, Town e Johnson, 1999 (cit. Watt, 2008) é fundamental identificar os meios para prevenir ou reduzir a sua ocorrência.

Quando falamos em avaliar o risco, importa ter em conta que:

- A avaliação é complexa e não está diretamente relacionada com a leitura isolada dos potenciais indicadores.
- Nenhum instrumento de leitura deverá ser usado como única "medida". As várias *checklists* e instrumentos de avaliação que possamos adotar são apenas guias; não proporcionam uma avaliação absoluta.
- Confiar demasiado em qualquer metodologia poderá ser problemático.
- Na violência entre parceiros íntimos as circunstâncias associadas podem rapidamente sofrer mudanças, assumindo a violência o padrão habitual ou uma maior gravidade.
- Para uma avaliação mais precisa é fundamental recolher informação (sobre agressores e vítimas) em múltiplas fontes.
- Não existe uma estratégia capaz de definir com precisão se um agressor é capaz de matar ou não a companheira. Enquanto todos

os agressores são potencialmente perigosos, alguns têm maior probabilidade de vir a cometer homicídio.

- Quanto maior o número de indicadores e a severidade da violência, maior é a probabilidade de ocorrer a morte da vítima.
- Devemos ser muito cuidadosos quando falamos em casos de "baixo risco". Importa não esquecer que o agressor pode matar a vítima, aparentemente, na ausência de indicadores de risco.
- A avaliação deve ser sistemática e dinâmica. Quando necessário volte a reavaliar "como se nada soubesse da situação".

Tendo em vista procurar oferecer uma visão geral dos fatores associados ao risco de femícidio entre parceiros íntimos (FPI), e sublinhar na leitura, compreensão e intervenção da violência subjacente a importância da prevenção, passamos a apresentar, adotando a categorização de Watt (2008), os fatores de risco associados com o FPI. A autora inclui nesta "classificação" as características do agressor e da vítima, a relação entre ambos e a comunidade em que viviam. Assim, os fatores de risco associados com FPI são apresentados em quatro categorias: características do agressor, características da vítima, relacionamento vítima-agressor e características da comunidade.

### 4.7.1. RISCO DE HOMICÍDIO DA VÍTIMA

#### 4.7.1.1. Características do agressor

Os fatores de risco relacionados com o agressor, que poderão aumentar a probabilidade deste cometer FPI, incluem eventos da sua história de vida, questões desenvolvimentais, características da personalidade e circunstâncias da vida. Estes fatores podem aumentar a probabilidade de FPI de duas maneiras: aumentam os pensamentos, desejos e capacidade do agressor para causar mal à parceira; ou diminuem as suas inibições assim que ele experiencie pensamentos ou desejos sobre fazer mal à sua parceira (Watt, 2008).

"PROBLEMAS" SOCIAIS: tal como agressores que perpetram violência não-letal nas suas relações íntimas, ou como outros homens que cometeram homicídio, homicidas que perpetraram FPI tendem a ser mais jovens, pobres, desempregados e de minorias étnicas (Watt, 2008). A instabilidade laboral poderá contribuir para um sentimento de perda de poder e controlo sobre a vítima. Situação de desemprego com instabilidade laboral no último ano, problemas económicos (Campbell, 1986 cit. Richards, 2004), mudança do *status* laboral, como por exemplo ser demitido do lugar que ocupava (McNeil, 1987 cit. Richards, 2004), representam fatores de risco para a "recidiva" do comportamento violento. Condições de vida geradoras de *stress*, associadas ao facto de a sociedade atual contribuir para um empobrecimento das vinculações a nível das redes de suporte (família, amigos, escola, redes sociais,…) parecem contribuir para reforçar

comportamentos de violência (Garbarino & Kostelny, 1993).

VÍTIMAS DE MALTRATO NA INFÂNCIA: tal como agressores que perpetram violência não-letal nas suas relações íntimas, os estudos indicam que os perpetradores de FPI vivenciaram ou testemunharam abuso físico na infância. Por exemplo, Stout (1993, cit. Watt, 2008) encontrou uma percentagem de 40% de homicidas de FPI que testemunharam violência conjugal na infância; Dobash et al. (2004, cit. Watt, 2008) concluíram que quase 20% dos homicidas de FPI no seu estudo tinham sido abusados fisicamente na infância. Como referem Dobash et al. (2004, cit. Watt, 2008), tais dados vão ao encontro do que preconizam as teorias sobre a intergeracionalidade da violência, isto é, os indivíduos tendem a replicar a violência que testemunharam enquanto crianças.

HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS: os estudos indicam que geralmente os homicidas já tinham sido violentos em relação às suas parceiras no passado. Dobash et al. (2004, cit. Watt, 2008) verificaram no seu estudo que, homicidas de FPI tinham mais problemas nas suas relações do que outros homicidas; assim como tinham mais relações falhadas, com maior probabilidade tinham sido violentos nas suas relações, e pareciam dirigir a sua violência particularmente contra as mulheres. Estas conclusões podem revelar informações importantes sobre as atitudes, emoções e comportamentos em relação às relações íntimas que os agressores transportam para o seu relacionamento atual.

SENTIMENTO DE POSSE: é o desejo de controlo exclusivo sobre a mulher e o sentimento de que tem direito a esse controlo (Wilson & Daly, 1992, cit. Watt, 2008). Os autores Daly e Wilson (1988, cit. Watt, 2008) sugerem mesmo que esse sentimento de posse/propriedade é uma dinâmica que subjaz o FPI. Esse sentimento pode revelar-se em comportamentos por parte do agressor como: restringir que a parceira se envolva em determinadas atividades, impedi-la de ter ou manter relacionamentos com terceiros, ter ciúmes como reação à atenção (real ou imaginada) que a parceira possa receber por parte de outros. O sentimento de posse tem sido evidente em diversos estudos sobre FPI. Por exemplo, Wilson, Johnson e Daly (1995, cit. Watt, 2008) verificaram que a maioria dos casos de FPI analisados havia uma acusação por parte do homicida de que a parceira lhe era infiel. Também Campbell et al. (2003, cit. Watt, 2008) concluiram que havia uma maior probabilidade de o agressor cometer FPI depois da separação quando a vítima iniciava um novo relacionamento. Autores teorizam que a separação representa para o homem um desafio direto ao seu sentimento de posse em relação à parceira, e daí a escalada da violência que possa ocorrer (Watt, 2008).

Um agressor que acredite que a sua parceira está ao seu serviço, ao seu cuidado e que lhe deve obediência, coloca-a em sério risco/perigo. *"Tu só me pertences a mim! Nunca serás de mais ninguém"*, "*Se eu não te posso ter, ninguém mais te terá*", são expressões que poderão refletir a convicção inadiável do agressor de que a vítima não tem o direito a viver separada dele, justificando a violência e a eventual retaliação letal pela "traição" dela ao abandoná-lo. Como refere

Marlene Matos (2006, p.16) “os motivos que presidem ao homicídio pelo masculino relacionam-se predominantemente com o ciúme e com a intenção de exercer controlo, por exemplo na iminência da relação terminar (Saunders, 2002), com o sentido de propriedade sobre a parceira e eventuais fantasias de infidelidade feminina (Serran & Firestone, 2004)”.

Um agressor que impede (fisicamente) a vítima de sair de casa, coloca-a em sério risco de homicídio. Nos EUA, 75% a 90% destas situações estão associadas a situações de VPI. Completo controlo das atividades da vítima e ciúme extremos estão ambos associados a agressões severas (Campbell, 1986).

POSSE DE ARMAS DE FOGO: Campbell et al. (2003, cit. Watt, 2008) consideram que o acesso fácil a uma arma de fogo aumenta a probabilidade do agressor usá-la durante um episódio de violência doméstica. No entanto, Watt (2008) refere que, esta realidade pode ser particular nos E.U.A., sendo que estudos noutros países (como Canáda, Inglaterra e Suécia) encontram como principal causa de morte das vítimas o esfaqueamento.

Quando o agressor possui, coleciona ou é “obcecado” com armas, e ameaçou no passado usá-las contra a esposa, a(s) criança(s), ou contra si próprio, existe um alto risco de poder vir a matar a vítima (Sonkin, Martin & Walker, 1985). Segundo o estudo “Homicide and Suicide Risks Associated With Firearms in the Home: A National Case-Control Study” (Wiebe, 2003), pessoas com armas têm 16 vezes mais probabilidades de cometer suicídio usando armas. A pesquisa também

de demonstrou que o número de mulheres assassinadas a tiro é significativamente maior que o de homens, dentro do universo dos que possuem armas em casa. Wiebe (2003) sugere que os médicos alertem os seus pacientes sobre os riscos para a saúde que a opção de ter uma arma em casa pode causar.

ANTECEDENTES CRIMINAIS: muitos dos perpetradores de FPI têm antecedentes criminais. Os estudos têm encontrado números acima de metade dos homicidas com prisões anteriores, geralmente relacionadas com violência doméstica, outros tipos de crime violentos e posse de substâncias ilícitas (Watt, 2008). Contudo, outros estudos têm encontrado agressores sem qualquer passado violento ou com antecedentes criminais, o que sugere que, alguns casos de FPI podem estar relacionados com um padrão mais geral de atitudes e comportamentos antissociais (Watt, 2008).

PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL: muitos dos perpetradores de FPI têm uma história de doença mental ou um diagnóstico de perturbação da personalidade (Watt, 2008). Belfrage e Rying (2004, cit. Watt, 2008), após uma revisão de casos de FPI na Suécia, entre 1990 e 1999, concluíram que 95% dos homicidas tinham sido diagnosticados com pelo menos uma perturbação mental. Os estudos têm identificado em relação aos agressores problemáticas como depressão, insónia, ideação suicida ou tentativas de suicídio, e ameaças de homicídio (Watt, 2008). Dutton e Kerry (1999, cit. Watt, 2008) mencionaram que homicidas em casos de FPI, durante um processo de separação entre agressor e vítima, geralmente têm uma personalidade dependente,

passivo-agressiva ou *borderline*; por oposição, concluíram que os homicidas que cometeram o crime por razões instrumentais com maior probabilidade tinham perturbação da personalidade antissocial. Segundo uma série de estudos destinados a investigar as relações entre a personalidade, a frequência e a severidade da violência física em relação ao homicídio conjugal, Dutton e Kerry (1999, cit. Watt, 2008), encontraram padrões de perturbações da personalidade relativas ao *modus operandi*: (a) As personalidades supercontroladoras (e dependentes) foram as mais prevalentes na amostra, e os homicídios foram exclusivamente cometidos por homens com esse tipo de personalidade. O homicídio ocorreu mais frequentemente associado a uma reconciliação que falhou ou quando a mulher anunciou a sua intenção de "sair" da relação; (b) relativamente aos homens com perturbações de personalidade antissocial era mais provável estarem envolvidos em homicídios associados, por exemplo, a ganho financeiro através de apólices de seguro. Um estudo anterior realizado por Showalter, Bonnie e Roddy (1980) registou resultados semelhantes; o trabalho destaca que a perturbação de personalidade em homens que têm maior probabilidade de matar os seus cônjuges é do tipo dependente e passiva-agressiva. Era também particularmente significativo o facto de a maioria desses homens não terem histórias registadas de comportamentos agressivos ou outras socialmente perturbadoras" (Showalter et al., 1980, p. 125).

Agressores que apresentam comportamentos violentos socialmente (por ex.: lutas em bares, violência relacionada com "gangs",

vandalismo, não cumprimento das leis), e/ou têm ocupações ilegais (por ex.: "vender drogas", roubo) e que negam os comportamentos criminosos e antissociais, a par com a minimização ou negação da problemática de VPI, constituem elevado risco para a vítima.

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS: estudos sugerem que aproximadamente 50% dos homicidas tem uma historia de abuso de álcool ou problemas a esse nível, enquanto que cerca de 15% tem uma história de abuso de drogas (Watt, 2008). Watt (2008) encontrou em diferentes estudos percentagens que variam entre 20% a 50% de homicidas sob a influência de álcool durante o crime de FPI, e entre 8% e 11% sob a influência de drogas. No entanto, refere que o risco de FPI pode variar de acordo com a substância consumida, o contexto do seu consumo e a quantidade ingerida. Segundo uma investigação de Sharps, Campbell, Campbell, Gary e Webster (2001) o consumo de álcool pelos agressores aumenta oito vezes o risco de violência conjugal e duas vezes o risco de femicídio ou tentativa de femicídio. Apesar de existirem várias opiniões acerca do papel desempenhado pelo abuso de álcool, comprovou-se que, como já o afirmámos anteriormente neste documento, (a) o álcool não é a causa, mas pode contribuir para aumentar o risco de VPI ao diminuir o nível de auto controlo e ao atuar como fator de desinibição; (b) as mulheres que vivem com indivíduos que bebem imoderadamente correm um risco muito maior de serem agredidas fisicamente; (c) a intoxicação no momento da agressão representa um maior risco para a vítima. Alguns agressores consomem álcool e/ou drogas para "facilitar" a agressão; (d)

problemas no último ano associados a consumo de drogas ilícitas e/ou álcool associados a disfuncionamento social/problemas com a justiça (Stuart & Campbell, 1989) aumentam o risco. Afirma Barroso (2008), num estudo sobre violência de género nas relações amorosas, que "27,4% das mulheres[7] disseram que o agressor era alcoólico ou estava alcoolizado no momento da agressão (…) surge na presente investigação como a segunda causa mais apontada pelas vítimas (…) o facto de haver uma associação importante entre alcoolismo e a ocorrência de agressões, sobretudo de agressões continuadas, não significa que devamos concluir que este fator é a génese das agressões contra a mulher, mas sim colocar a possibilidade de que o abuso do álcool e a agressão estejam respondendo, sob determinado ângulo, a condicionantes comuns. O álcool e outras substâncias podem atuar como agravantes para a violência, mas não são a sua causa (…) É errado pensar que o agressor alcoolizado não tem nenhuma capacidade de decisão relativamente ao seu comportamento. A prova disso é que não costumam atacar as suas mulheres em lugares públicos, ou na presença de agentes da polícia, mas esperam a oportunidade propícia em que a sua ação não vá obter resposta. Deste modo, parece que o alcoolismo e a violência nas relações amorosas são duas sindromes separadas que, na prática, frequentemente coexistem (…) A violência existiria mesmo que situações de alcoolismo não se verificassem,

[7] "A metodologia adotada consistiu na consulta de processos clínicos de 1183 mulheres com 18 ou mais anos, vítimas de violência por parte do parceiro, que recorreram ao Instituto de Medicina Legal de Coimbra e Porto, em 2000. A pesquisa permitiu analisar um tipo de violência de maior gravidade legal, visto que os processos que lhes dizem respeito têm em vista o prosseguimento judicial" (Barroso, 2008).

surgindo o álcool como um catalizador, como se houvesse necessidade deste excitante para libertar tensões (…) A junção de ambos os fatores pode aumentar a gravidade da violência porém, a cura do alcoolismo não elimina os comportamentos violentos". Num outro estudo, da autoria de Mónica Almeida (2009, pp. 91-92), "o álcool não se assume como causador da violência conjugal, antes desempenha um importante papel enquanto elemento amplificador (…) Nem o álcool sozinho explica a violência conjugal, nem uma terapia centrada nos consumos põe fim a uma relação maltratante. Este aspeto é deveras importante, na medida em poderá haver a tentação de focalizar a intervenção na problemática do consumo, ignorando todas as outras variáveis e acreditando que assim se colocará um ponto final em toda aquela violência (…) No seguimento das conclusões anteriores, percebemos, também, que vítimas e agressores descrevem a violência com álcool como mais perigosa pelo facto de o agressor perder a noção de onde e como bate".

#### 4.7.1.2. Características da vítima

Tal como os agressores, importa conhecer as características associadas às vítimas que podem aumentar o risco de FPI, também relativamente a eventos da sua história de vida, a questões desenvolvimentais, a características da personalidade e a circunstâncias de vida (Watt, 2008). Estes fatores de risco, ou fatores de vulnerabilidade da vítima, podem influenciar o risco de FPI de três maneiras: aumentado a probabilidade da mulher se relacionar com um sujeito em risco de

perpetrar FPI; impedindo que a mulher saiba perceber e avaliar o risco presente numa relação; ou diminuindo a probabilidade da mulher tomar ações protetoras da sua pessoa assim que fatores de risco estejam presentes e sejam evidentes (Watt, 2008).

DESIGUALDADES SOCIAIS: Nos E.U.A., as minorias étnicas tendem a estar sobrerrepresentadas relativamente às vítimas de FPI. Pertencer a uma minoria étnica pode ser um fator de risco de FPI (Watt, 2008). As minorias étnicas podem não estar bem informadas sobre violência doméstica, a importância da denúncia e o poder recorrer a serviços de apoio fora da comunidade (Santa Clara County Domestic Violence Council Death Review Committee, 2000, cit. Watt, 2008). Também a sobrerrepresentação das mulheres de minorias étnicas pode ser analisada de um ponto de vista histórico – os apoios comunitários têm estado menos disponíveis para as comunidades de cor, sendo que as mulheres destas comunidades podem ter relutância em denunciar os seus parceiros por violência doméstica por verem o sistema judicial como não equitativo (Richie & Kanuha, 1997, cit. Watt, 2008).

HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS: a investigação sugere que uma grande parte das vítimas, para além de ser violentada na relação atual, já o foi em relações passadas (Watt, 2008). A história sobre os relacionamentos afetivos passados pode revelar atitudes, emoções e comportamentos em relação aos relacionamentos íntimos que as vítimas transportam para o seu relacionamento atual. Riggs, Caulfield e Street (2000, cit. Watt, 2008) mencionam que uma relação íntima violenta anterior pode fazer com que a vítima desenvolva

padrões de comportamentos e expectativas, incluindo de violência, que tendem a tornar-se a base para relações futuras.

PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL: Em vários casos de FPI a mulher apresentava, antes do seu homicídio, um aumento dos problemas do foro mental, como insónias e deterioração do seu funcionamento social, sendo que em muitos casos tal pode dever-se diretamente à escalada da violência na relação (Watt, 2008).

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS: Sharps et al. (2001, 2003, cit. Watt, 2008) verificaram que cerca de 30% das vítimas de FPI tinham procurado, no passado, tratamento para o consumo de álcool e cerca de 20% para o consumo de drogas; no último ano antes do homicídio, cerca de 10% das vítimas foram caraterizadas como alcoólicas (por comparação a 1% da população geral); e cerca de 25% das vítimas estavam sob o efeito de álcool quando ocorreu o femicídio.

#### 4.7.1.3. Relacionamento vítima-agressor

Segundo Watt (2008), fatores de risco inerentes à relação entre agressor e vítima dizem respeito a sentimentos, atitudes e comportamentos que um tem em relação ao outro, quer seja um parceiro atual ou um ex-parceiro: a natureza e a qualidade da ligação emocional entre os dois; como cada um vê os papéis dentro de uma relação – a diferença entre os papéis que efetivamente existem e aqueles que preferem –; e como cada um interage com o outro.

ESTATUTO DA RELAÇÃO: os estudos sugerem que mulheres em relações

de união de facto estão em maior risco de FPI do que mulheres casadas (Wilson et al., 1995 e Shackelford, 2001, cit. Watt, 2008). Relativamente à variável idade, parece que quanto mais velha for a mulher menos risco corre, e quanto maior for a diferença de idades entre agressor e vítima maior o risco (Wilson et al., 1995 e Wilson, Daly & Wright, 1993, cit. Watt, 2008). Segundo Daly e Wilson (1988, cit. Watt, 2008) o sentimento de posse é maior em homens em uniões de facto, com parceiras mais jovens e com uma diferença de idades relativamente grande em relação a estas. As mulheres mais jovens estão em maior risco de serem mortas quando os seus maridos têm uma idade superior em 10 anos (Wilson, Daly & Wright, 1993, cit. Watt, 2008). Esta discrepância de idades no casal também está associada a um risco aumentado de morte do marido quando este é mais novo e a diferença de idades é de 10 anos (ou mais).

HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS: violência na relação é um dos fatores de risco mais fortemente associados ao FPI (Watt, 2008). Como menciona Watt (2008), a investigação sugere que em 50% a 75% dos casos de FPI houve violência por parte do homicida antes da morte da parceira. Tende a haver uma escalada da violência, quanto à sua frequência e severidade. Como indicam os estudos, tal inclui ameaças de morte, ameaças com armas, estrangulamento, agressão à mulher estando esta grávida, abuso sexual e emocional, e comportamentos de controlo (Watt, 2008).

As vítimas de violência entre parceiros íntimos estão mais frequentemente expostas à revitimização do que as vítimas de outro

tipo de crime. 35% dos episódios acontecem a segunda vez nas cinco semanas seguintes (Walby & Myhill, 2000). Várias pesquisas apontam para o facto de que a repetição de episódios de violência (em geral) tende à escalada e à diminuição do intervalo de tempo entre os episódios de violência (URHC, 2002, cit. Richards, 2004). A escalada associada a um aumento na severidade da violência e/ou a agressões em público, indica um aumento do risco/perigo; o agressor atua "sem olhar" às consequências legais ou sociais dos seus atos, que anteriormente frenavam a sua violência. Segundo alguns autores, conforme refere Marlene Matos (2006, p. 17), "a maioria das mulheres agride em contexto de autodefesa (Dasgupta, 1999, cit. Worcester, 2002; Gelles & Straus, 1989, Saunders, 1990, Straus & Gelles, 1990, cit. Harway & O´Neil, 1999); outras foram abusadas e limitam-se, perante a não perceção de outras opções, a reagir retaliando; um grupo mais reduzido (apenas 3 em 67 casos) refere-se a agressoras físicas primárias (Berns, 2001; Swan & Snow, 2003)."

Alguns estudos apontam que vítimas abusadas sexualmente no contexto da VPI, estão sujeitas a ofensas mais graves. Uma em cada doze queixas de abuso sexual está associada a situações de grave risco e a agressores potencialmente muito perigosos (UHRC, 2002, cit. Richards, 2004). Segundo Browne (1987, cit. Richards, 2004) 75% das mulheres que mataram o agressor, foram antes violadas por ele.

Investigadores cada vez mais reconhecem a relação entre crueldade contra animais e violência doméstica (Ridge, 2008). Para o agressor ameaçar, magoar ou matar o animal doméstico representa uma

estratégia para demonstrar de forma inequívoca o seu poder relativamente aos membros da família (Ascione, Weber, & Wood, 1997). Estima-se que 88% dos animais domésticos em famílias onde existe VD sofrem maus tratos ou são mortos Nos EUA 85% de todas as mulheres que dão entrada em casas-abrigo contam que o agressor maltratou ou matou o animal doméstico da família. Os tipos de crueldade contra animais incluiem: tortura, uso de armas de fogo, esfaqueamento, afogamento, queimaduras, fraturas.

SEPARAÇÃO: a separação do casal, ou planos para tal, está fortemente relacionada com o FPI (Watt, 2008). Estudos indicam que entre 30% a 75% das vítimas já se tinham separado do agressor ou estavam em vias disso quando o homicídio ocorreu, e que o período imediatamente após a separação apresenta particular risco (Stout, 1993 e Wilson & Daly, 1993, cit. Watt, 2008), principalmente se agressor é altamente controlador (Campbell et al., 2004, cit. Watt, 2008). Autores sugerem que a vontade da vítima em se separar gera no agressor um sentimento de perda de controlo sobre a relação (Campbell, 2001 e Johnson & Hotton, 2003, cit. Watt, 2008) ou um sentimento de abandono (Dutton, 2002, cit. Watt, 2008), com os quais não consegue lidar levando ao FPI. Watt (2008) relembra que, apesar do risco que o momento de separação representa, grande parte das mulheres mortas pelo parceiro estavam em relações intactas. Um estudo transcultural no Canadá, Austrália e Estados Unidos, apresentou resultados semelhantes: o risco aumentou substancialmente aquando da separação (Wilson & Daly, 1993, cit. Richards, 2004). Wallace (1986)

relata que 45% das mulheres assassinadas pelos seus maridos, em Nova Gales do Sul - Austrália, tinham abandonado a relação ou preparavam-se para o fazer. As mulheres separadas que tinham sofrido abuso sub-letal, antes da separação, foram ainda mais seriamente violentadas após se separarem (Ellis, 1987). Ameaças que começam por *"Se tu alguma vez me deixares..."* devem ser levadas a sério. Vários investigadores argumentam que qualquer ameaça ou insinuação por parte da mulher relativa ao (eventual) abandono do relacionamento é extremamente perigosa para ela. Algumas das vítimas que continuam a viver com o agressor, têm medo de o deixar pois anteveem que ao abandonar a relação o risco de agressões mais graves, ou mesmo o homicídio, possa acontecer. Num estudo sobre homicídio conjugal, cerca de metade dos homens já estavam separados das suas vítimas quando as mataram (Bernard, Vera, Vera, & Newman, 1982). A saída ou a tentativa de sair de um relacionamento potencia grandemente a violência letal por parte do marido (Wilson, Daly & Wright, 1993; Englander, 1997). O agressor muitas vezes percebe a vontade da vítima para deixar o relacionamento, e com frequência lembra-lhe que, se o fizer, ele irá localizá-la e matá-la e/ou aos seus filhos (Englander, 1997). Em tais casos são frequentes afirmações do tipo "*Se eu não te posso ter, mais ninguém te terá"*. O período (imediatamente) após a "saída" da relação reflete um "fator" de risco particular para a mulher. Segundo Stout (1993), em 52% dos casos em que os agressores mataram a mulher de quem estavam separados, decorreu um período de menos de um mês entre a separação e o homicídio. Segundo Wilson e Daly

(1993, cit. Richards, 2004) a vítima está particularmente em maior risco nos dois meses seguintes ao abandono da relação. Os autores sublinham também que o homicídio pode ocorrer meses ou mesmo anos após a separação e o divórcio. Nem todos os agressores que matam a vítima o fazem quando ela pensa abandonar ou sair da relação. Quando o agressor acredita que está prestes a perder a companheira ou conclui que ela o vai deixar em definitivo — perdendo assim o controlo e poder sobre ela — pode escolher matar a vítima e, eventualmente, suicidar-se (Wilson & Daly, 1993 e URHC Murder review Analysis, 2002, cit. Richards, 2004). Segundo Gillespie (1989), os estudos sobre homicídio conjugal mostram que, temporalmente, o momento em que um homem muitas das vezes mata uma mulher está associado ao abandono "emocional ou físico", dele por ela. Não é seguro assumir que, só porque a vítima ainda não fez planos para sair da relação, o agressor não poderá ser perigoso.

CRIANÇAS: a existência de crianças pode estar associada ao aumento do risco de FPI. Estudos indicam que em quase metade dos casos de FPI havia crianças de relações anteriores da vítima (Watt, 2008). Campbell et al. (2001, 2003, cit. Watt, 2008) encontraram uma associação entre o abuso da mulher grávida e o FPI. As teorias evolucionárias hipotetizam que as crianças retiram a atenção total da mulher em relação ao parceiro, o que pode aumentar o ciúme e o sentimento de posse deste, levando ao FPI (Brewer & Paulsen, 1999, cit. Watt, 2008). A gravidez é muitas das vezes a fase do ciclo vital da mulher onde a violência se intensifica ou mesmo se inicia (Mezey,

1997). Neste período da sua vida, a mulher revela mais facilmente a situação de violência, provavelmente porque a criança poderá vir a estar em perigo. Mulheres que sofreram violência no ano anterior à gravidez têm dez vezes mais risco de sofrerem violência durante esta (Mezey, 2002, cit. Richards, 2004). Agressões neste período devem ser consideradas de alto risco. Uma mulher grávida está mais exposta a morrer na sequência de um homicídio no contexto da VD do que por qualquer outra causa de morte.

#### *4.7.1.3.1. Stalking*

Numa revisão da literatura sobre a temática do *stalking*, Sheridan, Blaauw e Davies (2004) verificaram a existência de uma variedade de definições, que diferem de país para país, de legislação para legislação, de investigador para investigador. Esta dificuldade deve-se, entre outros motivos, à natureza pouco clara do *stalking*, um crime que por vezes se "arrasta" no tempo e que se manifesta através das mais diversas táticas usadas pelo *stalker*, sendo que tais atos são muitas vezes "encobertos", não havendo uma ameaça expressa de violência (por ex., frequentemente passar pela porta da vítima).

Para Matos (2006, p.15), "stalking (sem tradução portuguesa) é uma forma tipificada de abuso, motivado pelo controlo social da vítima, cometido física ou psicologicamente de forma a aterrorizá-la e a constranger o seu comportamento (e.g., a sua forma de vestir, de se relacionar) (Ells & Stuckless, 1996, cit. Kimmel, 2002). Apesar de ser

possível encontrar vários entendimentos (legais e clínicos), a maioria das definições de *stalking* requer a evidência de comportamentos repetidos e que produzem um medo elevado na vítima (Mahoney et al., 2001)".

O *stalker* pode recorrer a diferentes táticas, envolvendo, segundo Berry (2000, cit. Matos, 2006, p.15), "atos como telefonemas constantes para a vítima, envio de cartas e presentes, a vigilância constante dos seus movimentos, o vandalismo das suas propriedades e, ainda, tentativas de aproximação física e de comunicação não consentidas" e até mesmo fazer mal aos animais de estimação (Violence Against Women Online Resources [VAWOR], 2010).

Também a tecnologia[8] tem sido usada para perseguir as vítimas de forma mais sofisticada, sendo o *cyber-stalking* uma das táticas mais estudadas relativamente ao fenómeno do *stalking* com recurso à tecnologia. O *cyber-stalking* define-se como "um comportamento ameaçador ou abordagens diretas não desejadas em relação a outro recorrendo à internet ou a outras formas de comunicação online ou por computador" (Killmartin & Allison, 2007, cit. VAWOR, 2010, p. 4) ou "o repetido uso da internet, e-*mail*, ou outros aparelhos de comunicação eletrónica digital para incomodar, alarmar ou ameaçar

[8] Outras estratégias de *stalking*, usando a tecnologia, por exemplo: câmara de filmar (de dimensões reduzidas) que permitem ao *stalker* filmar as atividades da vítima, assim como do seu círculo familiar e de amizades ou para saber a localização da vítima; aparelhos de GPS (colocados no carro ou na carteira da vítima, etc) permite ao *stalker* monitorizar os movimentos da vítima e aparecer de surpresa junto dela (Southworth, Finn, Dawon, Fraser, & Tucker, 2007, cit. VAWOR, 2010); telefone com identificador de chamadas permite ao *stalker* saber a localização do trabalho e da residência da vítima.

uma pessoa ou um grupo de pessoas" (Killmartin & Allison, 2007, cit. VAWOR, 2010, p.4). O uso de *spyware* para monitorizar os movimentos da vítima no seu computador é um exemplo de *cyber-stalking* (VAWOR, 2010).

Na revisão da literatura Sheridan, Blaauw e Davies (2003) encontraram uma prevalência de vitimização, ao longo da vida, que varia aproximadamente entre os 12% e os 16% para as mulheres e os 4% e os 7% para os homens. Nos EUA, segundo o "National Violence Against Women Survey" (Tjaden & Thoennes, 1998, p.3), estima-se que 1 em cada 12 mulheres e 1 em cada 45 homens foram perseguidos em algum momento da sua vida.

**Quem são as vítimas?**

Uma revisão de Spitzberg (2002, cit. Sheridan, Blaauw & Davies, 2004), de vários estudos sobre *stalking*, identificou uma percentagem de 75% de vítimas do sexo feminino. Estas podem ser das mais variadas faixas etárias, mas o maior grupo de vítimas situa-se usualmente entre os 18 e os 30 anos (Tjaden & Thoennes, 1998; Hall, 1998, cit. Sheridan, Blaauw & Davies, 2004).

Em cerca de 80% dos casos, agressor e vítima tinham ou tiveram um relacionamento íntimo (Coleman, 1997 e Roberts & Dziegielewski, 1996, cit. Melton, 2007). Continuando a referenciar Sheridan, Blaauw e Davies (2004, p. 154), "a pesquisa mostrou também que uma história prévia de abuso físico é muito comum entre as mulheres

vítimas de perseguição (Blackburn, 2000; Brewster, 1997; Coleman, 1997; Tjaden & Thoennes, 1998, ver também Baldry, 2002), que as vítimas têm filhos do stalker (por exemplo, Blaauw e Winkel, 2002; Brewster, 1997), e que o final da sua relação com o mesmo está associada temporalmente ao stalking em muitos dos casos (por exemplo, Brewster, 1997; Tjaden e Thoennes, 1998; ver também KE Davis, Ace, e Andra, 2000; Langhinrichsen, Palarea, Cohen & Rohling, 2000)".

Segundo Sheridan, Blaauw e Davies (2003), no global, a investigação demonstrou que qualquer um pode ser vítima de *stalking*. No entanto, parece que as pessoas em postos de trabalho com maior visibilidade (por exemplo, política, comunicação social, serviços públicos) e as que têm maior probabilidade de se envolver em contatos com pessoas solteiras (estudantes[9], jovens) estão em maior risco de *stalking*. Sofrer violência doméstica aumenta a probabilidade de se tornar uma vítima desta problemática.

**Quem são os agressores?**

Conforme referem Sheridan, Blaauw e Davies (2003), várias classificações ou categorizações de *stalkers* têm sido descritas por diferentes autores, com base nas suas características ou nas das

[9] Um estudo de Finn (2004, cit. VAWOR, 2010 p. 4) verificou que estudantes universitários que se identificavam como gay's, lésbicas, bissexuais ou transgénero tinham o dobro da probabilidade de vivenciar *cyberstalking* ou assédio através de e-mail por parte de um estranho, do que os estudantes que se identificavam como heterossexuais.

vítimas, ou na natureza da relação entre agressor-vítima. No entanto, é clara a existência de um grupo de *stalkers* – o ex-parceiro da vítima. Segundo os mesmos autores, vários estudos referem que ex-parceiros tendem a ser mais violentos do que *stalkers* desconhecidos ou meros conhecidos. Segundo "The Third Annual Report to Congress under the Violence Against Women Act" (Violence Against Women Grants Office, 1998), embora existam muitas variações, habitualmente os *stalkers* são classificados, com base na sua relação com a vítima, numa das seguintes categorias:

- ***Stalking* por parceiros/ex-parceiros íntimos**: o perseguidor e a vítima podem ser casados ou divorciados, ou ex-companheiros em coabitação, parceiros ou ex-parceiros sexuais casuais.
- ***Stalking* por conhecidos**: o perseguidor e a vítima podem conhecer-se casualmente, através de contacto formal ou informal. Por exemplo, eles podem ser colegas de trabalho ou vizinhos, ou podem ter-se encontrado uma ou duas vezes, mas não foram parceiros sexuais.
- ***Stalking* por estranhos**: o perseguidor e a vítima não se conhecem. Casos envolvendo celebridades e outras figuras públicas geralmente entram nesta categoria.

Sublinha o "National Violence Against Women Survey" (Tjaden & Thoennes, 1998) que, embora os *stalkers* possam ser de ambos os sexos, a esmagadora maioria é do sexo masculino. Uma revisão da literatura permite ainda identificar possíveis semelhanças entre os diferentes *stalkers*, não devendo ser contudo esquecido que não existe

um perfil típico, pois existem *stalkers* que não apresentam as características identificadas pelos vários estudos:

- No estudo de Meloy (1997, cit. Sheridan, Blaauw & Davies, 2003) a grande maioria é do sexo masculino, com idades compreendidas em entre os 35 – 40 anos, embora a idade varie consoante os estudos.
- Os relacionamentos fracassados[10] são uma característica comum entre os *stalkers* com procedimento criminal (Meloy, 1999, cit. Sheridan, Blaauw & Davies, 2003), sendo muitos deles ex-parceiros da vítima.
- Segundo Meloy muitos *stalkers* apresentarão no Eixo I (por ordem decrescente de frequência) problemáticas associadas ao consumo de drogas, perturbações do humor e esquizofrenia; no Eixo II perturbações de personalidade do *cluster* B (narcisica, histriónica, antissocial e *borderline*).
- Uma história de criminalidade também parece ser comum (Mullen et al., 1999, Farnham, James & Cantrell, 2000, e Blaauw & Winkel 2002, cit. Sheridan, Blaauw & Davies, 2003).
- O estudo de Budd e Mattison (2000, cit. Sheridan, Blaauw & Davies, 2003), a título de exemplo, sugere que nem todos os *stalkers* atuam sozinhos, ao contrário da ideia que se tem do modo de atuação deste tipo de criminoso. Logan (2010, p.5) faz referencia ao "stalking por procuração" ("proxy stalking"), sobre o

[10] Mullen et al. (1999, cit. Sheridan, Blaauw & Davies, 2003) observaram que mais de metade da sua amostra de 145 *stalkers* não tinham relacionamentos longos e 30% eram divorciados ou separados.

qual ainda há poucos os estudos. Diz respeito ao envolvimento de outras pessoas no encalço das vítimas. As terceiras pessoas envolvidas podem ser amigos, familiares, pessoas desconhecidas, profissionais (investigadores privados) ou, inclusive, @ nov@ companheiro@.

Mohandie, Meloy, McGowan e Williams (2006, cit. Logan, 2010, p.7) distinguem o *stalking* por parceiros íntimos do *stalking* por pessoas não-íntimas, da seguinte forma: os primeiros "são de longe os mais perversos. Têm antecedentes criminais associados a violência, história de consumo de drogas e/ou álcool, mas raramente são psicóticos. Abordam frequentemente os seus alvos e provocam a escalada na frequência e intensidade da perseguição. Insultam, interferem, ameaçam e são violentos. Mais de metade irá agredir fisicamente os seus objetos de perseguição (…) Praticamente todos eles reincidirão (…) Quase um em três irá ameaçar ou usará uma arma".

## Que relações existem entre *stalking* e violência entre parceiros íntimos?

A combinação entre *stalking* e VPI é um importante fator de risco para a ocorrência de violência letal ou quase letal (McFarlane, et al., 1999; Campbell & Wolf, 2001, cit. Watt, 2008). De acordo com o "National Violence Against Women Survey" (Tjaden & Thoennes, 1998, p.2) há uma forte relação entre o *stalking* e outros tipos de violência entre parceiros íntimos. No seu estudo concluiram que 81% das mulheres que sofreram *stalking* por parceiro/ex-parceiro também foram

agredidas fisicamente por ele e 31% eram também abusadas sexualmente. Segundo as mesmas autoras, os maridos ou companheiros que "perseguem" as suas parceiras, comparativamente à população em geral, têm uma probabilidade 4 vezes maior de as agredir fisicamente e 6 vezes maior de abusar sexualmente delas. Logan, Shannon e Cole (2007, cit. VAWOR, 2010, p.3) sublinham que as mulheres que foram perseguidas pelos seus companheiros, comparativamente às mulheres que não o foram, experienciaram e sofreram, em percentagens significativamente mais elevadas, violência psicológica, física e sexual.

A perseguição ocorre frequentemente depois da separação, mas pode também ocorrer antes da relação terminar. Segundo Logan (2010):

- Em relações onde já existia violência, o *stalking* pelo parceiro teve início durante a relação em 81% a 90% dos casos;
- A perseguição pelo parceiro também é comum durante os períodos de separação, com vários estudos sugerindo um aumento da intensidade e frequência nestes períodos, assim como do risco de violência;
- 35% a 39% dos stalkers violou a medida judicial de proteção definida (risco de maior violência).

Quer a violência física entre parceiros íntimos quer o *stalking* são indicadores de risco para a violência letal ou quase letal contra as mulheres, particularmente se aqueles dois comportamentos coexistirem. McFarlane et al. (1999, cit. Watt, 2008) verificaram que no último ano antes do FPI ou da tentativa de femicídio, mais de 75%

dos agressores eram *stalkers* das suas ex-parceiras. Segundo Melton (2007), os agressores de violência doméstica que são *stalkers*, comparativamente aos que não o são:

- Têm uma maior probabilidade de "estar de saída" em definitivo da relação. Para Mechanic, Weaver et al. (2000, cit. Melton, 2007) o *stalking* representa uma estratégia para manter o controlo sobre a vítima quando o agressor percebe que o pode perder;
- Sofrer de uma problemática aditiva (álcool e/ou drogas). Os agressores que têm problemas de álcool ou de drogas, atendendo à desinibição associada, estão mais propensos a assumir o papel de *stalkers* do que os que não sofrem de problemáticas aditivas;
- Apresentar uma atitude/comportamento mais controlador em geral.

## O impacto do *stalking* nas vidas das vítimas

As consequências do *stalking* podem manifestar-se a vários níveis: económico, social e psicológico/saúde, com sério impacto negativo na qualidade de vida das suas vítimas. Segundo Sheridan, Blaauw e Davies (2003, p.153), após uma revisão da literatura, no que diz respeito a questões económicas, as vítimas relatam sofrer perdas financeiras devido a:

- Diminuição de horas de trabalho ou mesmo cessação da atividade laboral ou escolar (23% - 53%),
- Gastos para aumentar a segurança em casa, no trabalho ou no seu veículo (22% -73%),

- Gastos na reparação dos estragos da propriedade, e assim por diante.

Quanto às consequências sociais (Sheridan, Blaauw, & Davies, 2003, p. 153), para além das alterações ao nível laboral/escolar, as vítimas relatam, entre outras perturbações do dia-a-dia, por exemplo:

- O evitamento de atividades sociais (63% -82%),
- A mudança de residência (11%-66%).

Segundo Sheridan, Blaauw e Davies (2003, p. 153), no que diz respeito às queixas psicológicas e à saúde mental, as vítimas relatam:

- Desconfiança aumentada (44%),
- Paranoia (36% -39%),
- Confusão (28%),
- Medo (21%-57%, em que o medo é mais comum entre as mulheres vítimas do que nas do sexo masculino)
- Nervosismo (31%),
- Raiva ou agressão (10% -27%),
- Depressão (21% -28%),
- Distúrbios do sono crónicos (74%),
- Excesso de cansaço ou fraqueza (55%),
- Perturbação do apetite (48%),
- Dores de cabeça frequentes (47%), e
- Náuseas persistentes (30%).

O *stalking* perpetrado por um parceiro ou ex-parceiro violento, aumenta de forma expressiva o sofrimento e o medo sentidos pela vítima. Também o estudo de Dutton e colaboradores (2006, cit.

Logan, 2010) e o estudo de Logan e colaboradores (2009, cit. Logan, 2010) concluiram que as vítimas de *stalking* pelo parceiro experienciam uma série de medos. Este último estudo menciona que tais medos podem ir desde o medo de agressão física e sexual, medo do assédio, das ameaças e do controlo coercivo, medo de agressão ou assédio de amigos e familiares, medo de ameaças sobre as crianças ou interferência, medo de prejuízos a nível económico e de humilhação pública.

Pathé e Mullen (1997, cit. Sheridan, Blaauw & Davies, 2003) identificaram no seu estudo uma percentagem de 55% das vítimas com sintomatologia associada a Perturbação de Stress Pós-Traumático. Blaauw, Winkel, et al. (2002, cit. Sheridan, Blaauw & Davies, 2003, p. 153) observaram que "78% das vítimas apresentavam sintomas sobreponíveis a um diagnóstico psiquiátrico. Como demostrado por K. E. Davis et al. (2002), as vítimas de stalking estão mais expostas (…) a desenvolver um doença crónica e a sofrer depressão". Contudo, nem todas as vítimas de *stalking* manifestam problemas ou queixas. Como referem Sheridan, Blaauw e Davies (2003, pp. 153-154), "(…) o stalking tem níveis variados de severidade e (…) alguns sintomas em vítimas podem resultar da conjugação do stalking com uma vulnerabilidade já existente".

**Perante uma situação de *stalking* como proteger a vítima?**

Poucos estudos se debruçam sobre a prevenção ou as estratégias para terminar com o *stalking*, que como sabemos, associado a violência

doméstica, é potencialmente letal. Na maioria dos casos, os comportamentos do agressor tiveram um fim porque a vítima mudou de residência, o *stalker* iniciou uma nova relação, ou a polícia advertiu ou prendeu o *stalker* (Sheridan, Blaauw & Davies, 2003).

As medidas existentes para pôr cobro à vitimação remetem para estratégias relacionadas com a vítima, o *stalker* ou direcionadas para o próprio comportamento de *stalking*, sendo estas últimas da responsabilidade do sistema judicial.

1. Perante uma vítima de *stalking* é fundamental trabalhar os seus medos e tratar as problemáticas de saúde associadas, assim como ajudá-la a recuperar de eventuais perdas ao nível pessoal, social e ocupacional associadas ao impacto do *stalking*. Contudo, a intervenção deve ter sempre como principal medida a promoção de estratégias de segurança da vítima e das pessoas que pertencem ao seu círculo mais íntimo[11]. Intervir com vítimas de *stalking*, nomeadamente a um nível clínico, é um processo complexo, dada a variabilidade associada ao comportamento de perseguição e assédio, ao facto de este ter muitas vezes uma duração prolongada, e por causa dos vários efeitos negativos que podem produzir na vítima (Mullen, Pathé & Purcell, 2009, p. 281).
2. Em relação ao *stalker* é fundamental procurar ler e compreender as problemáticas subjacentes ao seu comportamento a par com a avaliação do risco/perigo associado. Pela natureza do seu

[11] Consultar o *site* "Stalking Resource Center" em http://www.ncvc.org/src/main.aspx?dbID=DB_Safety_Plan_GuideLines333 para saber mais sobre um plano de segurança em casos de *stalking*.

problema, não estão motivados para qualquer tratamento. "(...) há mais sucessos quando a tarefa é abordada com otimismo e mesmo com entusiasmo" (Mullen, Pathé & Purcell, 2009, p. 261). Citando os mesmos autores "perturbações delirantes são difíceis de tratar, mas quando partimos do pressuposto de que são intratáveis então elas se tornam intratáveis. Perturbações da personalidade são difíceis de modificar, mas, novamente, defini-las como imutáveis tornam-nas imutáveis. Na intervenção com stalkers teremos espetaculares falhanços, mas também haverá sucessos. Acreditamos (…) Até lá, é importante pelo bem dos stalkers e das suas vítimas tratar o que pode ser tratado, e modificar o que está aberto à modificação, na tentativa de levar este comportamento infeliz e destrutivo ao fim ".

3. Numa perspetiva mais global e visando a avaliação do potencial de risco/perigo e a definição de um plano de intervenção ao nível do *stalking*, por parceiro íntimo, é fundamental que os profissionais tenham sistematicamente presente que se trata de uma situação grave, com eventual perigo de homicídio da vítima. Não esquecer de avaliar a rede de suporte pessoal da vítima e do *stalker*, e refletir sobre o potencial da mesma, relativamente à implementação de medidas capazes de proteger a vítima e ajudar o agressor a aceitar tratamento.
4. O trabalho em rede, garantindo acessibilidade, proximidade, continuidade e personalização dos cuidados e rapidez na ação é fundamental para uma resposta mais eficaz e efetiva a esta

problemática. Nesta matriz, o triângulo Saúde, Justiça[12] e Forças de Segurança (sobretudo na fase aguda da crise), em colaboração com a Segurança Social, ONGs/IPSSs e a rede primária (da vítima e agressor) poderão em rede desempenhar "novos" papéis e implementar "novas" estratégias favorecedoras de uma resposta mais positiva ao "problema".

5. Algumas questões sugeridas por McFarlane, Campbell e Watson (2002) a serem ponderadas: observa-se um padrão sequencial, inclusive da severidade, no *stalking*? O *stalking* "público" precede ou acontece depois do *stalking* "em segredo" (por ex., telefonema e e-mails anónimos ou espiar)? A vítima sente os comportamentos de *stalking* pelo agressor como possíveis ameaças à sua integridade física? Em que medida a ação judicial, como medidas de afastamento ou prisão, podem diminuir o *stalking*?

### *4.7.1.3.2. Ciúme*

As definições de ciúme são muitas, tendo em comum três elementos: (1) ser uma reação frente a uma ameaça percebida; (2) haver um rival real ou imaginário; e (3) a reação visa eliminar e/ou diminuir os riscos da perda do objeto amado.

O ciúme na sua manifestação "normal" distingue-se do ciúme patológico, na medida em que o primeiro surge em resposta a

[12] A nível judicial várias medidas podem ser adotadas. Relativamente ao nosso país ver, neste documento, a legislação referenciada no subcapítulo "Apoiar".

evidências claras, estando a pessoa aberta à mudança das suas crenças e dos seus comportamentos caso surja nova informação que as ponha em causa.

Por sua vez, o ciúme patológico baseia-se em informação ou ocorrências irrelevantes, sendo que a rigidez das crenças (de que houve ou há infidelidade) faz com que estas não sejam suscetíveis de mudança, mesmo perante informação contrária. (Vauhkonen, 1968, cit. Kingham, & Gordon, 2004). Torres, Cerqueira e Dias (1999), referindo-se ao ciúme patológico, afirmam que "esta síndrome, pouco compreendida e potencialmente trágica, poderia coexistir com qualquer entidade diagnóstica. Soyka et al. analisaram 8.134 pacientes internados e encontraram 93 (1,1%) com delírios de ciúme, mais frequentes em: psicoses orgânicas (7%), distúrbios paranoides (6,7%), psicoses alcoólicas (5,6%) e esquizofrenias (2,5%). O problema foi raramente encontrado em distúrbios afetivos (0,1%) e distúrbios neuróticos ou de personalidade (0,6%). (…) Pode-se ainda ter o delírio de ciúme bem sistematizado em sua forma pura, sem alucinações ou deterioração da personalidade, numa apresentação monossintomática. Este quadro, atualmente denominado transtorno delirante de ciúme, seria bem mais raro".

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) incluem o ciúme na Perturbação Delirante (ver Quadro 7).

**Quadro 7. Critérios de Diagnóstico para Perturbação delirante (DSM-IV-R)**

(ver American Psychiatric Association, 2002)

A. Ideias delirantes não-bizarras (isto é, envolvem situações que ocorrem na vida real, tal como ser perseguido, envenenado, infetado, amado à distância, enganado pelo cônjuge ou amante ou sofrer uma doença) com duração não inferior a 1 mês.

B. O critério A para Esquizofrenia nunca foi preenchido[13].

C. Além do impacto da(s) ideias delirantes ou das suas ramificações, o funcionamento não está marcadamente alterado e o comportamento não é obviamente estranho ou bizarro.

D. Se ocorrerem episódios do humor simultaneamente com as ideias delirantes, a sua duração total foi relativamente breve em relação à duração dos períodos delirantes.

E. A perturbação não é devida aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, um medicamentos) ou a um estado fúsico geral

*Especificar* o tipo (os seguintes tipos são baseados no tema delirante predominante):

**Tipo Erotomania[14]**: ideias delirantes de que outra pessoa, geralmente de um nível socioeconómico superior, tem uma paixão pelo sujeito.

---

[13] As alucinações cenestésicas e olfativas podem estar presentes na Perturbação Delirante caso estejam relacionadas com o tema das ideias delirantes.

[14] Segundo o DSM-IV-TR (p.324), "este subtipo aplica-se quando o tema central ideia delirante é que outra pessoa está "apaixonada" pelo sujeito. A ideia delirante geralmente é mais relacionada com um amor idealizado e união espiritual do que com a atração sexual. A pessoa sobre acerca de quem esta convicção é mantida geralmente detém uma posição social mas elevada (por ex., pessoa famosa ou superior hierárquico), mas pode também ser um estranho. O esforço para entrar em contacto com o objeto da ideia delirante (através do telefone, cartas, presentes, visitas ou até mesmo vigilância e aproximações furtivas) são comuns, embora

**Tipo Grandeza**: ideias delirantes de grande valor, poder, conhecimento, identidade ou relação especial com entidade famosa ou divina.

**Tipo Ciúme:** ideias delirantes de que o parceiro sexual do sujeito lhe é infiel.

**Tipo Persecutório:** ideias delirantes de que a pessoa (ou alguém próximo) está a ser, de alguma forma, malevolamente tratada.

**Tipo Somático:** ideias delirantes de que a pessoa sofre de algum defeito físico ou um estado físico geral.

**Tipo Misto**: ideias delirantes com características de mais do que um dos tipos acima mencionado, mas sem nenhum tema predominante.

**Tipo Não Especificado**

Conforme é referido no DSM-IV-TR (2002, p. 325-326), "esta crença surge sem causa evidente e é baseada em inferências indiretas suportadas por pequenas *evidências* (por exemplo vestuário desarrumado ou manchas nos lençóis) que são habitualmente guardadas e utilizadas para justificar as ideias delirantes. O sujeito

---

ocasionalmente a pessoa mantenha em segredo a sua ideia delirante. Em amostras clínicas, a maioria dos sujeitos com este subtipo, pertence ao sexo feminino; em amostras forenses a maioria dos sujeitos com este subtipo pertence ao sexo masculino. Alguns sujeitos com este subtipo, particularmente do sexo masculino, das pessoas com o Tipo Erotomaníaco, entram em conflitos legais devido ao seu esforço para perseguir o objeto do seu delírio ou através de esforços transviados para a salvar de um perigo imaginário".

Como referem Vicente, Paixão, Redondo, & Sousa (2008, p.35) "A nosologia do fenómeno erotomaníaco não se afigura simples, e muito mais complicada parece ser a delimitação do núcleo paranóico que inúmeros autores referem estar na sua base (Kraepelin 1921; Hart, 1912/1914; Lacan, 1932/1975; Munro, 1985). (…) O trabalho de compreensão da psicose paranóica nas suas relações com a personalidade (Lacan, 1932/1975) parece constituir um avanço no conhecimento e tratamento da perturbação, abrindo caminhos de interpretação exteriores ao fenómeno delirante erotomaníaco".

com a ideia delirante geralmente confronta o cônjuge ou amante e tenta interferir na infidelidade imaginária (por exemplo, restringindo a autonomia do cônjuge, seguindo-o secretamente, investigando o amante imaginário, atacando o cônjuge). (…) A Perturbação Delirante Tipo Ciúme, é provavelmente mais comum nos homens do que nas mulheres, mas aparentemente não existem diferenças significativas entre os géneros na frequência global da Perturbação Delirante. (…) contribui com 1%-2% das admissões para internamento em instituições de Saúde Mental (…) a prevalência desta perturbação na população (…) a melhor estimativa situa-se nos 0,03% (…) A idade de aparecimento da Perturbação Delirante varia entre a adolescência e o fim da vida (…) A evolução é bastante variável".

Para Afonso de Albuquerque (1989, cit. Pimentel, 2011), o "delírio de ciúme", é diferente do "ciúme patológico não delirante" ou "ciúme obsessivo", desde logo porque neste último as ideias de ciúme não são delirantes. Aqui os doentes reconhecem-nas como irracionais e egodistónicas, mas não conseguem controlar os pensamentos ruminativos, a ansiedade e agressividade e os rituais compulsivos (com o fim de controlar o parceiro) que elas despoletam. Cobb e Marks (1979, cit. Torres, Cerqueira & Dias, 1999) compararam o ciúme patológico com a neurose obsessivo-compulsiva, considerando que por vezes não era possível fazer uma distinção. Os pensamentos de ciúme seriam ruminações; uma procura por evidências que comprovassem a infidelidade do parceiro, rituais compulsivos de verificação. Sendo tais pensamentos egodistónicos, no seu estudo,

Cobb e Marks (1979) verificaram que muitos pacientes tinham vergonha e esforçavam-se para afastar esses pensamentos intrusivos. Torres, Cerqueira e Dias (1999) mencionam a frase do filósofo francês Roland Barthes, na obra *Fragmentos de um discurso amoroso* – "como homem ciumento eu sofro quatro vezes: por ser ciumento, por me culpar por ser assim, por temer que meu ciúme prejudique o outro, por me deixar levar por uma banalidade; eu sofro por ser excluído, por ser agressivo, por ser louco e por ser comum".

Também neste sentido, Vaz Serra (1982) diz-nos que o ciúme sexual ou amoroso pode assumir quatro formas diferentes, com um grau de gravidade ditado por especificidades quantitativas (quando se mostra proporcionalmente exagerado em relação à circunstância determinante) ou qualitativas (quando se apresenta sem consistência real, por falta de provas e de crítica adequada). O ciúme como **manifestação normal** é compreensível e aceite pelo meio sociocultural em que o indivíduo se insere. Surge a partir de um facto da realidade comprovado, mantém-se enquanto o mesmo durar e extingue-se quando o mesmo passar. Já no **ciúme obsessivo** o indivíduo encontra-se permanentemente preocupado, com a desconfiança ou a crença do cônjuge lhe ser infiel. O seu carácter neurótico nota-se nas contínuas ruminações e nos rituais de controlo, sem haver contudo perda de crítica da realidade. O **ciúme delirante** puro tem uma natureza psicótica: o delírio é constante, central e domina toda a sintomatologia, mas não se faz acompanhar de alucinações ou manifestações próprias de outros transtornos

psicóticos. Por último, existe o **ciúme delirante, associado a outras manifestações mentais graves**. Pode acontecer em certas formas de alcoolismo, esquizofrenia e demências pré senis e senis.

Scheinkman e Werneck (2010, cit. Pimentel, 2011) falam de um espetro de ciúme, num contínuo com vários graus de gravidade, do ciúme momentâneo e normal ao "Síndrome de Otelo"[15]. Qual a importância da personalidade na compreensão do ciúme delirante? A organização de personalidade *borderline*, por exemplo, é uma condição predisponente com grande potencial para qualquer forma de ciúme mórbido (Dutton,1994, cit. Kingham & Gordon, 2004).

Tendo em conta o que anteriormente referimos, poderíamos afirmar que — excluindo a perturbação de ciúme associada a patologia orgânica — uma das leituras possíveis para a compreensão do "ciúme patológico" seria a sua localização no intervalo de um espetro cujos limites do "verde ao vermelho" estariam situados entre o ciúme normal e o delirante (ver Quadro 8), onde o primeiro é passageiro e desencadeado por factos reais e o ciúme delirante traduz uma convicção inabalável de infidelidade por parte do parceiro sexual.

[15] Descrito por Todd e Dewhurst (1955, cit. Scheinkman & Werneck, 2010) refere-se a uma doença baseada na distorsão, ilusão, paranóia e mesmo no delírio.

**Quadro 8. Patoplastia do "ciúme patológico"**

| **Características do delírio no "ciúme patológico"** | **Características das obsessões no "ciúme patológico"** |
|---|---|
| • Duração variável, emergindo do "mundo interior" do sujeito<br>• Egossintónico<br>• Traduz uma convicção inabalável de infidelidade por parte do parceiro sexual<br>• Reflete um "vulcão emocional" sempre prestes a entrar em "erupção"<br>• Associado a comportamento impulsivo e agressivo com elevado potencial para atitudes violentas<br>• O medo da perda do ser amado é proeminente | • Duração variável, emergindo do "mundo interior" do sujeito<br>• Egodistónicas<br>• Associadas a dúvidas e ruminações sobre provas inconclusivas, em que certeza e incerteza, raiva e remorso alternam a cada momento<br>• Estão associadas (comparativamente ao ciúme patológico) a<br>- maior preservação da crítica<br>- mais vergonha<br>- culpa e sintomas depressivos<br>- menor agressividade expressa<br>- muitas ruminações e rituais de verificação (sobre acontecimentos passados)<br>• O medo da perda do ser amado é proeminente |

## Algumas teorias associadas ao desenvolvimento do ciúme patológico

Para Kingham e Gordon (2004) o aparecimento do cíúme patológico está associado a aspetos psicodinâmicos e/ou cognitivos e/ou disfunção sexual e/ou de género e/ou problemáticas aditivas. Segundo estes autores, os indivíduos com vinculações inseguras podem correr maior risco de "transportar" essa insegurança para a relação com o parceiro, tornando-se ansiosos relativamente à mesma. Um estilo de vinculação inseguro surge fortemente correlacionado com uma organização da personalidade do tipo *borderline*. Enoch e Trethowan (1979, cit. Kingham & Gordon, 2004) também mencionaram a

inadequação, a hipersensibilidade e a insegurança como fatores predisponentes para o ciúme patológico.

Referem Torres, Cerqueira e Dias (1999) que "Noyes destacava a impotência sexual (proveniente do alcoolismo, da senilidade, do diabetes) como importante fator no desenvolvimento de ideias de infidelidade, relacionadas a sentimentos de inferioridade e rejeição". No entanto, Shrestha e colaboradores (1985, cit. Torres, Cerqueira & Dias, 1999) não encontraram em pacientes alcoólicos uma associação entre o ciúme patológico e problemas no desempenho sexual. "Nas mulheres, por exemplo, fases de menor interesse sexual ou atratividade física (gravidez, puerpério, menopausa) aumentariam igualmente a insegurança e a ocorrência desse problema" (Noyes, cit. Torres, Cerqueira, & Dias, 1999).

Kingham e Gordon (2004) afirmam que em sociedades ou culturas em que a dominância masculina e a submissão feminina, assim como um sentimento de posse sexual, são tolerados, um comportamento visto como mais "independente" pode ser interpretado como infidelidade, sendo o ciúme uma justificação para a violência contra o parceiro. Tendo em conta esta matriz, os profissionais devem ser cuidadosos na avaliação, quando surgem queixas por parte de parceiros violentos que culpabilizam sistematicamente a vítima pelos acontecimentos subjacentes aos ciúmes que sentem. Na avaliação realizada é importante também ter em conta a eventual existência de psicopatologia por parte da vítima.

Shepherd (1961, cit. Kingham & Gordon, 2004) sublinha a associação

entre ciúme delirante e o abuso de álcool. Refere, também, o consumo de anfetaminas e cocaína na origem de delírios de infidelidade, que poderão persistir após a intoxicação cessar.

**Riscos e comportamentos/atitudes associados ao ciúme patológico**

- A pessoa com ciúme patológico leva a cabo uma série de comportamentos ou ações para investigar as suas preocupações e suspeitas, que vão desde interrogar diretamente o parceiro, até telefonemas constantes para o local de trabalho ou visitas inesperadas, *stalking* ou, inclusive, contratar um investigador privado. Podem, ainda, remexer nas roupas e objetos do parceiro (computador, telemóvel, etc), ler as suas cartas ou diários, ou mesmo examinar os orgãos genitais do parceiro à procura de evidências de atividade sexual. Também podem recorrer a equipamentos para detetar e gravar telefonemas de terceiros. Por vezes, poderão mesmo recorrer à violência para obrigar o parceiro a "confessar" a infidelidade por eles percebida (Kingham & Gordon, 2004).
- É comum pessoas com ciúme patológico terem ideação suicida, nomeadamente pela relação desta perturbação com a depressão e o abuso de substâncias. A violência sobre o parceiro pode ser seguida por remorsos e por pensamentos suicidas (Shepherd, 1961, cit. Kingham & Gordon, 2004).
- O ciúme é apontado, em muitos estudos, por vítimas, agressores, profissionais de saúde e população em geral, como uma das

principais causas para a ocorrência de violência nas relações íntimas (Lisboa et al., 2010; Pimentel & Alarcão, 2010)[16]. Sublinha Mullen et al. (1990, cit. Kingham & Gordon, 2004) que, embora a violência possa ocorrer em qualquer relação em que haja ciúmes, o risco aumenta quando há ciúme patológico. Refere Pimentel (2011) que o ciúme pode, nestes contextos de violência, consubstanciar vários tipos de crimes. Para além de crimes de homicídio, o ciúme mórbido inspira crimes de injúrias públicas (típico dos alcoólicos), de ameaças (muitas vezes dirigidas ao objeto) e de ofensas corporais. Por isso, quando o ciúme é o tema principal da violência conjugal há que avaliar o risco real que a vítima objeto corre (se o sujeito tem posse de arma, se lhe mexe frequentemente, se existem ameaças contra a integridade física de alguém, entre outras questões possíveis para avaliar este risco), uma vez que as passagens ao ato num momento de crise são frequentes[17].

- Kingham e Gordon (2004) reforçam que, em situações de violência, os filhos podem ser vítimas indiretas ou ser inclusivamente feridos durante esses episódios. Os filhos podem, ainda, ser usados pelo progenitor ciumento para espiar o outro progenitor. Num desfecho mais trágico, os filhos podem ser

[16] A associação entre violência e ciúme é perigosa, pois o ciúme é entendido como uma evidência de amor, o que pode conduzir a legitimar atos de violência praticados sob a sua justificação (Puente & Cohen, 2003).

[17] Em 2006, o homicídio conjugal representava 16,4% do homicídio geral, morreram nesse ano cerca de 39 mulheres, assassinadas pelos seus companheiros. Havia nessa altura 212 condenados por homicídio conjugal a cumprir pena de prisão (Pais, 2010).

testemunhas de homicídio ou suicídio (ou mesmo serem mortos).

- Segundo Tarrier et al. (1990, cit. Kingham & Gordon, 2004) os parceiros de pessoas com ciúme patológico podem desenvolver perturbações mentais, como ansiedade ou depressão (associada a tentativas de suicídio) e podem inclusive começar a consumir substâncias. Raramente respondem violentamente às acusações do agressor.

**Intervenção em casos de ciúme patológico**

- À semelhança da avaliação de outras situações de violência e do risco ou perigo associado é fundamental a elaboração da história clínica, sendo que os dois parceiros devem ser avaliados. Neste contexto, a existência de ideias de suicídio e consumo de substâncias devem ser verificados.
- No mesmo sentido, importa avaliar junto da vítima os tipos de argumentos, ameaças e violência perpetrada[18] pelo parceiro ciumento, para que o professional possa avaliar o risco de violência, quer sobre o parceiro (alvo do ciúme) quer sobre um terceiro, visto como "rival".
- Importa, ainda, avaliar sobre o risco/perigo em relação às crianças que vivem na mesma casa que o agressor e da necessidade de adotar medidas para a sua proteção (ver Quadro 9).
-

[18] Recolher informação sobre a frequência e e intensidade dos episódios de violência no último ano.

**Quadro 9. Avaliação do Ciúme Mórbido: Risco/Perigo associado**

(Adaptado de Kingham & Gordon, 2004)

| **História Psiquiátrica, incluindo** | **Realizar um exame do estado mental, incluindo** | **Realizar uma avaliação de risco para ambos os parceiros, considerando:** |
|---|---|---|
| • perturbações afetivas e psicóticas<br>• ameaças e violência perpetrada<br>• qualidade da relação<br>• constituição da família (genograma)<br>• mapa de rede<br>• abuso de substâncias<br>• história da esposa, em separado | • a forma de ciúme mórbido<br>• psicopatologia associada<br>• excluir organicidade subjacente | • ideias de suicídio<br>• história de violência doméstica<br>• outras histórias de violência, incluindo uma terceira pessoa (ex.:"rival")<br>• risco para as crianças |

- A realização do genograma poderá ajudar na avaliação da história da família/qualidade das relações, podendo eventualmente também contribuir para esbater, ao nível da interação do casal, padrões comunicacionais associados a simetrias ou complementaridades patológicas.
- Avaliar a rede de suporte (mapa de rede) é também fundamental. Para além de contribuir para avaliar os fatores de proteção em relação à situação de violência, representa um importante contributo para a definição das estratégias a implementar, incluindo a elaboração do plano de segurança para a vítima.
- Sempre que possível, é importante tentar alargar a leitura da situação às redes primárias e secundárias do casal/família, iniciativa que deverá refletir uma coconstrução dos subsistemas terapeuta/casal.

- À semelhança do que acontece no Serviço de Violência Familiar, e tal como também Kingham e Gordon (2004) o recomendam, a informação deverá ser recolhida em mais do que uma sessão.

Tendo em conta a informação recolhida e a avaliação realizada, importa ir definindo, sessão a sessão, a estratégia a implementar (ver Quadro 10). No imediato é fundamental investir no tratamento da(s) patologia(s) diagnosticada(s) e proteger a(s) vítima(s). Neste sentido, a par com a ponderação do internamento do doente, é prioritária a proteção da(s) vítima(s), o que pode ir desde a elaboração de um plano de segurança, até ao contacto com as Forças de Segurança e à adoção de medidas judiciais. A vítima deve ser orientada no sentido de procurar aconselhamento judicial[19]. Em casos de maior risco, é fundamental promover o abrigo de mulheres grávidas, com crianças menores ou que estejam de alguma forma vulneráveis.

Importa ter presente que, tal como também o referem Kingham e Gordon (2004), o agressor pode perseguir a vítima (*stalking*), mesmo após a separação. Mullen, Pathe e Purcell (2000, cit. Kingham & Gordon, 2004) salientam que os *stalkers* que já tiveram uma relação passada com o seu alvo de perseguição podem ser mais violentos contra este.

[19] Sobre este assunto ver neste documento legislação referenciada no subcapítulo "Apoiar".

**Quadro 10. Ciúme Patológio: Estratégias a ponderar na intervenção**
(Adaptado de Kingham & Gordon, 2004)

| **Princípios da intervenção:** | **Opções biológicas[20]:** | **Opções psicossociais:** |
|---|---|---|
| • Tratar as problemáticas de saúde<br>• Avaliar o risco/perigo | • Medicação antipsicótica<br>• Inibidores seletivos da recaptação da serotonina | • Tratamento da(s) problemática(s) aditiva(s)<br>• Terapia cognitivo-comportamental<br>• Psicoterapia dinâmica<br>• Intervenção em rede (Serv. Saúde, Sistema Judicial, Forças de Segurança, Seg. Social, Escola, etc.)<br>• Proteger a(s) vítima(s), incluindo as crianças. Casa Abrigo<br>• Internamento (compulsivo se necessário) do agressor |

Relativamente à evolução/prognóstico Kingham e Gordon (2004, p. 213) sublinham que, "geralmente, o prognóstico para o ciúme mórbido depende da fenomenologia subjacente, da existência de comorbilidade e da resposta à terapia. Langfeldt (1961) e Mooney (1965) referem que um terço dos seus doentes melhoraram significativamente, mas os que sofriam de uma perturbação psicótica

[20] Quanto ao tratamento farmacológico do ciúme patológico, refere Torres, Cerqueira e Dias (1999) que Akiskal et al. descreveram cinco casos de distúrbios paranóides que responderam a diferentes agentes timoléticos, um dos quais de delírio de ciúme. Tratava-se de um senhor de 66 anos, impotente desde sua reforma e cuja esposa passou a fazer trabalho voluntário: acreditava que ela tinha um amante, e que ambos queriam envenená-lo. Medicado com até 30 mg/dia de haloperidol, não obteve melhora, mas recuperou totalmente com 200 mg/dia de amitriptilina.

apresentaram um pior prognóstico. A possibilidade de recaída é significativa, exigindo uma monitorização cuidadosa e continuada no tempo. Scott (1977) relatou vários casos de segundos homicídios devidos ao ciúme mórbido, após a libertação da prisão ou a alta do hospital após vários anos de aparente bem-estar".

#### 4.7.1.4. Características da comunidade

Determinadas características da rede social de suporte, da vizinhança e da comunidade podem contribuir para a ocorrência de FPI. De acordo com Watt (2008), leis, políticas, serviços, etc., podem não ser os adequados para prevenir a violência pelo agressor ou para apoiar a vítima a aumentar a sua proteção. Ptacek (1999, cit. Watt, 2008) refere que, em algumas situações, os serviços de apoio podem até minimizar ou negar os efeitos da violência e inclusive culpar a mulher pelo abuso.

- PROBLEMAS COM A RESPOSTA POR PARTE DA REDE SOCIAL DE SUPORTE: na maioria dos casos de FPI, a rede social de apoio (família, amigos, colegas de trabalho, vizinhos) eram conhecedores ou suspeitavam da existência de violência na relação (Watt, 2008). De acordo com a Florida Domestic Violence Fatality Review Team (1994, cit. Watt, 2008), as ameaças de morte da parceira eram muitas vezes mencionadas anteriormente junto de terceiros. Na maior parte dos casos de FPI, quem conhecia ou suspeitava de problemas na relação entre agressor e vítima nada fez para intervir ou as suas ações não foram as mais adequadas para evitar o femicídio (Watt, 2008).

- PROBLEMAS COM A DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS DA COMUNIDADE: antes do femicídio ocorrer, em vários casos, vítimas e agressores procuram ajuda para a problemática de VPI (Watt, 2008), nomeadamente junto de serviços de saúde e do sistema de justiça (Block, 2003, cit. Watt, 2008). Contudo, como refere Watt (2008), pode haver pouca ou nenhuma disponibilidade de serviços de apoio na comunidade, que pode estar comprometida, por questões geográficas, por cortes ou falta de financiamento por parte governo ou por falta de profissionais. Por exemplo, Dugan, Nagin e Rosenfeld (2003a, cit. Watt, 2008), associaram as reduções dos apoios sociais com um aumento de FPI.

- PROBLEMAS NA ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DA COMUNIDADE: à existência de poucos serviços, podem juntar-se as dificuldades de acesso por parte das vítimas e agressores, por questões financeiras (custos dos serviços), falta de transportes, ou de adequação cultural dos próprios serviços (Watt, 2008).

- PROBLEMAS COM A ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS DA COMUNIDADE: a procura de apoio por vítimas e agressores pode ser condicionada pela pobreza ou falta de respostas por parte da comunidade, nomeadamente com a falta de serviços, poucos conhecimentos sobre VPI e a culpabilização da vítima (Watt, 2008). Políticas e procedimentos mal interpretados e aplicados podem aumentar o risco para vítimas de VPI (*Michigan Domestic Violence Homicide Prevention Task Force*, 2001, cit. Watt, 2008). Por outro lado, serviços mais especializados podem sem intenção aumentar o risco de FPI ao enfurecer ou ameaçar o

agressor, sem no entanto reduzir, de forma efetiva, o contacto entre este e a vítima (Dugan et al., 2003a, cit. Watt, 2008).

Quando se tem de lidar com vítimas de minorias étnicas, há necessidade de sensibilidade e conhecimento sobre os seus hábitos e cultura. Estamos perante vítimas particularmente vulneráveis ou socialmente isoladas da família alargada e amigos, com dificuldades em compreender e/ou falar a língua do país em que se encontram, vivendo em comunidades isoladas, por vezes numa situação de ilegalidade. A falta de conhecimento sobre estas realidades poderá condicionar a motivação para intervir, conduzir a leituras menos corretas da situação, com eventual perigo para a vítima.

- PROBLEMAS NA COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS DA COMUNIDADE: a investigação tem mostrado a fraca coordenação e comunicação, por vezes existente, entre os diferentes serviços da comunidade, devido à ausência de protocolos de partilha de informação, falta de políticas e procedimentos de coordenação entre serviços, ou a relações tensas entre estes (Watt, 2008). De registar que pedidos de ajuda frequentes ao Sistema Judicial e/ou às Forças de Segurança poderão indicar elevado risco de ameaça à vida. Quanto mais chamadas, maior poderá ser o potencial de risco/perigo.

### 4.7.2. RISCO DO HOMICÍDIO DA VÍTIMA E SUICÍDIO DO AGRESSOR

A avaliação de risco (como agressor ou vítima) deve incluir a avaliação do risco de suicídio e homicídio, mas também o de homicídio-suicídio (H/S). A literatura revela algumas características dos agressores, que iremos resumidamente apresentar, e que poderão ser úteis quando se realiza uma avaliação de risco. Vejamos duas breves "notas de vida":

- Um homem de meia-idade, cuja esposa recentemente se separou dele, iniciou um quadro depressivo e tem acesso a armas de fogo...
- Um homem idoso, principal cuidador de sua esposa, doente e muito debilitada, iniciou recentemente uma doença de alguma gravidade; está deprimido e tem acesso a armas de fogo...

O que terão em comum estas duas breves histórias com as situações de homicídio-suicídio?

Conforme referem Sá e Werlang (2006), no homicídio seguido de suicídio a ação de matar e a intenção de morrer concretizam-se pela conjunção de vários elementos, consubstanciando-se numa categoria carregada de desejos e tendências predominantemente agressivos, acompanhados das circunstâncias que contextualizam o próprio evento.

Segundo vários autores (Aderibigbe, 1997; Marzuk, Tardiff & Hirsch, 1992, cit. Logan et al., 2008), homicídio-suicídio é geralmente definido como um ato de homicídio (de uma ou mais pessoas)

associado, pouco tempo depois[21], a um ato de suicídio cometido pelo homicida. Na literatura o homicídio-suicídio aparece, por vezes, também designado como "morte diádica", "suicídio prolongado" ou "suicídio alargado" (Sá & Werlang, 2007).

Relativamente aos dados epidemiológicos associados a comportamentos violentos, a incidência de homicídio seguido de suicídio poderá ser considerada baixa – entre 0.2 e 0.3/100. 000 por ano – (Eliason, 2009), contudo o impacto na família e na comunidade "deixa marcas".

Berman[22] (1996, cit. Sá & Werlang, 2007) definiu três tipos de homicídio-suicídio:

- Homicídio sem que haja planeamento do suicídio, que ocorre por remorsos;
- Pactos suicidas, em que agressor e vítima acordam a morte desta, seguida pelo suicídio do primeiro;
- Homicídio e suicídio como uma unidade, em que ambos são planeados e executados apenas pelo agressor.

[21] (a) Homicídio, seguido pelo suicídio do perpetrador, no espaço de uma semana (Marzuk, Tardiff & Hirsch, 1992, cit. Eliason, 2009); (b) Segundo Sá e Werlang (2007) é um crime que inclui o homicídio de alguém por parte de outro, sendo que este se suicida num período máximo de 24 horas, após o homicídio.

[22] De acordo com Berman (1996, cit. Sá & Werlang, 2007), para ocorrer um episódio de "homicídio-suicídio" é necessário haver motivação para tal, para além da hostilidade, e que na relação agressor-vítima haja um nível de dominação/dependência.

Marzuk et al. (1992, cit. Eliason, 2009)[23] propuseram uma tipologia para descrever as diferentes relações que podem existir entre uma vítima e um perpetrador de homicídio-suicídio:

- Ciúme amoroso[24];
- Declínio da saúde[25];
- Filicídio-suicídio[26];
- Familicídio-suicídio[27];
- Extrafamiliar[28].

Diversos autores têm descrito várias circunstâncias associadas ao homicídio-suicídio. Logan et al. (2008) identificam as seguintes:

- Divórcio/separação[29];
- Infidelidade real ou percebida;
- Morte por misericórdia ou um pacto de morte;
- Perda do emprego ou problemas financeiros; e

[23] Contudo, o seu modelo de classificação, que é construído a partir de uma revisão da literatura, requer validação empírica e uma ligação etiológica.

[24] Homicídio-suicídio de parceiro, com ciúme amoroso como motivo – é o tipo mais comum, envolve homens enraivecidos que matam as suas companheiras e a si mesmos.

[25] Homicídio-suicídio de parceiro com o declínio da saúde como motivo – geralmente envolve casais de idosos com dificuldades, que já não conseguem lidar com os seus problemas de saúde.

[26] O filicídio-suicídio tipicamente envolve mães deprimidas com características psicóticas, que matam os seus filhos e se suicidam.

[27] O familicídio-suicídio refere-se a eventos em que um dos parceiros sexuais (cônjuge, namorado, etc.) mata o outro e, além disso, mata um ou mais filhos. Quase todos os familicídios foram de autoria de homens (Wilson, Daly & Daniele,1995).

[28] Homicídio-suicídio extrafamiliar, mais frequentemente exemplificado por indivíduos paranoicos e descontentes que, acreditando que foram injustiçados, matam para se vingar daqueles que supostamente os prejudicaram, incluindo testemunhas inocentes, e a seguir se suicidam.

[29] Marzuk et al. (1992, cit. Eliason, 2009, pp. 372-373) mencionam que "o evento precipitante é geralmente a rejeição do companheiro por parte da mulher e a sua ameaça de abandono ou separação".

- Psicopatologia do perpetrador.

Para Sá e Werlang (2007) o homicídio-suicídio "tem um carácter íntimo e relacional e (…) o sentimento de propriedade perdida ou em vias de se perder parece pesar tanto na decisão de matar quanto na de morrer" (p.242). Numa revisão da literatura sobre o assunto verificaram que o homicídio-suicídio:

- Ocorre, principalmente, entre pessoas com relacionamentos íntimos;
- Dentro das suas próprias casas;
- Precipitado por conflitos familiares;
- As vítimas são frequentemente mulheres, com idade inferior à do agressor;
- A arma mais utilizada para o homicídio e para o suicídio é a arma de fogo;
- A maioria das vezes o homicida é o marido/ex-marido ou o noivo/ex-noivo da vítima;
- A perfil do H/S parece ser o de um homem de meia idade:
  – Deprimido,
  – Sem trabalho fixo,
  – Violento,
  – Ciumento,
  – Que utiliza uma arma de fogo para matar a sua parceira e, às vezes, as crianças que vivem com eles (filhos ou enteados).

Scott Eliason (2009), no estudo de revisão da literatura sobre o homicídio-suicídio, referencia fatores semelhantes (ver Quadro 11 mais abaixo).

Segundo Sá e Werlang (2007) as características dos homicidas-suicidas eram mais semelhantes às dos suicidas do que às dos sujeitos que cometeram apenas homicídio, tal como verificaram outros autores (Cooper & Eaves, 1996, Fishbain, Rao & Aldrich, 1985, West, 1966, cit. Sá & Werlang, 2007).

**Quadro 11. Fatores de risco de H/S**

| | |
|---|---|
| **Tipo de Relacionamento** | A maioria dos homicídios-suicídios envolve um homem que mata a esposa/ex- esposa, namorada/ex-namorada. |
| **Sexo do homicida-suicida** | Travis et al. (2007, cit. Eliason, 2009) constataram que 100 por cento dos autores de homicídio-suicídio cometidos na Inglaterra e País de Gales entre 1991-2005 eram do sexo masculino. Dos 21 artigos que Travis reviu, 16 relataram que mais de 90 por cento dos agressores eram do sexo masculino. |
| **Idade** | Segundo a maioria dos estudos a média de idades dos agressores situa-se entre os 40 e os 50 anos. As faixas etárias, no entanto, poderão abranger quase todas as décadas, como o demonstra o estudo realizado por Travis et al. (2007, cit. Eliason, 2009), situando-se entre os 19 e os 86 anos. |

| | |
|---|---|
| **Uso de substâncias** | Segundo a maioria dos estudos o envolvimento de substâncias no homicídio-suicídio foi cerca de metade do encontrado apenas no homicídio. No estudo de New Hampshire (Campanelli & Gilson, 2002), 31 por cento dos agressores apresentavam teste positivo para o consumo de álcool e 16 por cento tinham uma história de alcoolismo crónico. No estudo de Palermo et al. (1997, cit. Eliason, 2009) 27 por cento tinham consumido álcool e 21 por cento tinham valores de alcoolémia acima do legalmente definido. Malphurs e Cohen (2005, cit. Eliason, 2009), num estudo com agressores mais idosos de homicídio-suicídio, verificaram que apenas 15 por cento apresentavam álcool na urina, em percentagem igual àqueles que apenas cometeram suicídio.<br>Friedman et al. (2005, cit. Eliason, 2009), ao estudarem o filicídio-suicídios, observaram que 10 por cento dos pais que mataram os seus filhos tinham um histórico de abuso de álcool e drogas. |
| **Antecedentes criminais** | Embora o comportamento passado possa ser um importante indicador do comportamento futuro, no caso dos autores de homicídio-suicídio é de registar que habitualmente apresentavam um baixo valor relativamente a antecedentes criminais. |
| **Situação laboral** | Emprego a tempo inteiro não parece representar um fator de proteção. Segundo um estudo de Palermo et al. (1997, cit. Eliason, 2009) 77 % dos autores de homicídio seguido de suicídio trabalhavam a tempo inteiro. |
| **Divórcio e separação** | Segundo Hannah et al. (1998, cit. Eliason, 2009), o fator precipitante em 48 a 73 por cento dos casos estava associado ao divórcio ou separação iminente. |
| **Armas** | A arma mais escolhida pelo autor de um homicídio seguido de suicídio foi uma arma de fogo. |

| | |
|---|---|
| **Sexo da vítima** | Em quase todos os casos de homicídio-suicídio (na sua maioria entre parceiros íntimos), as vítimas eram do sexo feminino[30]. |
| **História de doença mental** | A maioria dos autores concorda que a depressão[31] foi o diagnóstico principal encontrado em autores de homicídio-suicídio. A separação recente ou o divórcio iminente representavam muitas das vezes um fator que contribuía para a depressão. Palermo et al. (1997, cit. Eliason, 2009) observaram que a depressão muitas vezes surgia pós-separação e, em seguida, "disparava" o homicídio-suicídio. |
| **História de violência doméstica** | No estudo de New Hampshire (Campanelli & Gilson, 2002), 54 por cento dos homicídio-suicídios tinham um histórico de violência doméstica. Rosenbaum (1990, cit. Eliason, 2009) descobriu que uma história de violência física e separações frequentes era um fator de risco para homicídio-suicídio. |

## Homicídio-suicídio: Modelo teórico de Harper e Voigt (2007)

Segundo Harper e Voigt (2007) um modelo teórico sobre a compreensão das situações de homicídio-suicídio necessita de captar as características que vão para lá de um caso só de homicídio ou só de suicídio. As autoras, embora referindo que os casos de homicídio-suicídio em que se basearam apresentavam particularidades, perceberam que também existiam características comuns que

[30] Em contraste, quando a mulher era a perpetradora, a grande maioria das vítimas eram os filhos (48,6%).

[31] No estudo de Cohen, Llorente e Eisdorfer (1998, cit. Eliason, 2009) e no estudo de Malphurs e Cohen (2005, cit. Eliason, 2009), na maior parte dos perpetradores, que tinham um diagnóstico de depressão, os exames não deram positivo para antidepressivos aquando da sua autópsia, apesar de a vários ter sido prescrito pelos médicos de família, como verificaram Malphurs e Cohen (2005).

poderiam ser úteis para o desenvolvimento de um modelo teórico integrativo (ver Figura 11 mais à frente), capaz de permitir a compreensão do fenómeno em questão. Na sua amostra de casos, Harper e Voigt (2007), de uma forma geral, encontraram aspetos como:

- Estruturas da intensidade do conflito;
- Frustração;
- Sentimento de falhanço;
- Anomia social; e
- Questões de poder-controlo.

Também, e indo de encontro a outros estudos, verificaram que "a maioria da violência é implícita ou explicitamente uma forma de justiça – punição, retaliação, resistência ou vingança (Black, 2004, cit. Harper & Voigt, 2007). De acordo com Harper e Voigt (2007), o homicídio-suicídio (o seu desenrolar e desfecho – como a intensidade da violência e o tipo de arma usada) dependerá das seguintes condições:

- Quão próximos são agressor e vítima;
- Grau de dependência ou a responsabilidade assumida de um em relação ao outro;
- Quão maior for o grau de desigualdade na relação, nomeadamente no que toca a papéis de género (homem/mulher);
- Grau de conflito previamente existente; e
- Ciúmes previamente existentes.

A estrutura da intensidade do conflito também poderá ser influenciada por determinados eventos precipitantes, como, por exemplo, uma doença súbita, problemas financeiros graves, ameaça de divórcio ou de prisão (Harper & Voigt, 2007). Harper e Voigt (2007) também integraram no seu modelo teórico a visão de Agnes (1992, cit. Harper & Voigt, 2007) sobre "stress-tensão social". Agnes (1992) definiu três tipos de conflitos negativos entre pessoas:

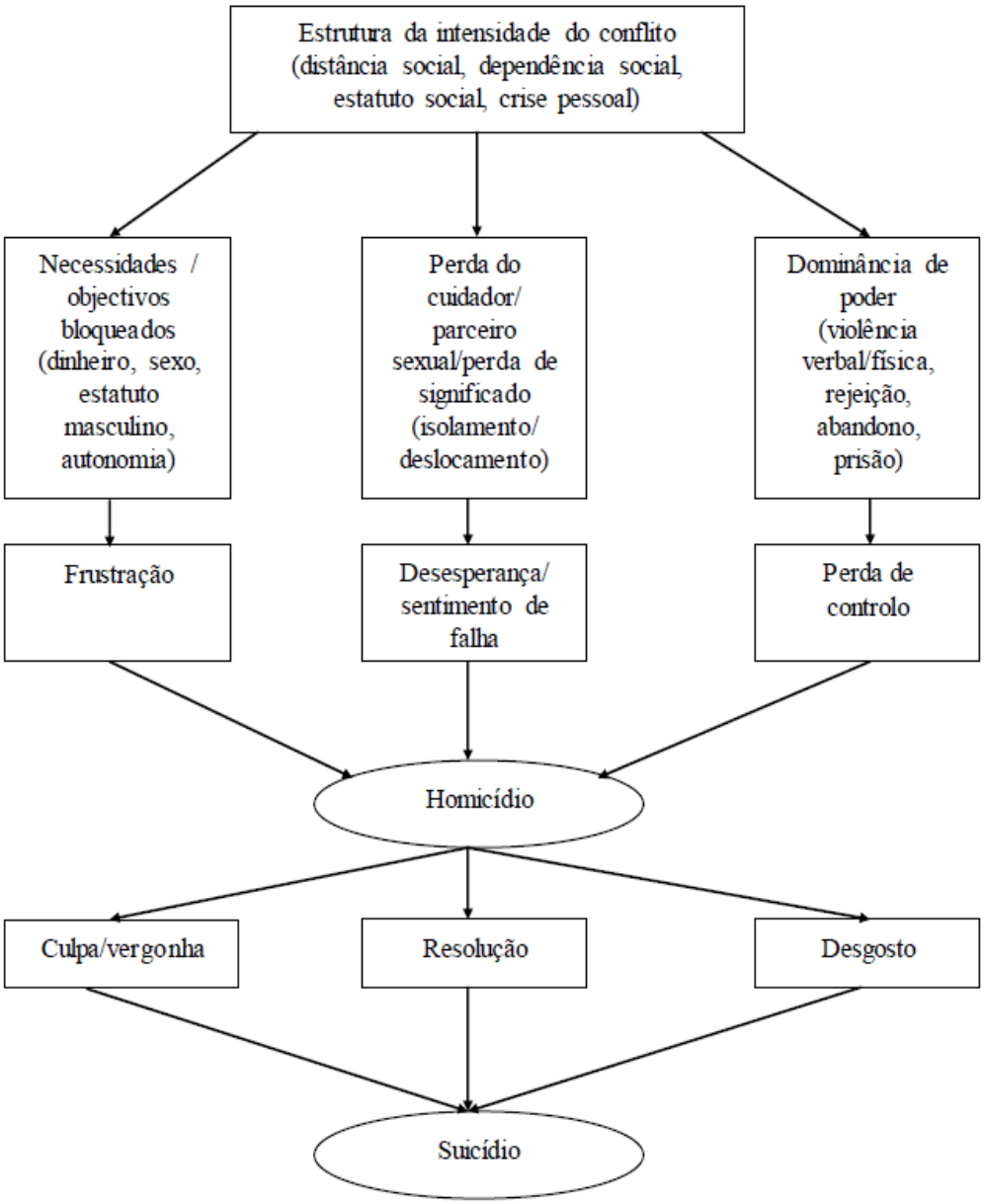
- Impedir que uma pessoa alcance objetivos por si valorizados (ex. estatuto masculino);
- Retirar à pessoa estímulos considerados positivos ou ameaçar fazê-lo (ex. perda do parceiro sexual);
- Apresentar a uma pessoa um estímulo nocivo ou negativo ou ameaçar fazê-lo (ex. violência física ou abandono).

Nos casos em que o "homicídio-suicídio" ocorreu numa relação entre parceiros íntimos, em grande parte das situações, houve uma ameaça de separação ou uma ameaça ao estatuto masculino do companheiro (Harper & Voigt, 2007). Relativamente à questão da "dominância/poder", Harper e Voigt (2007) relembram que os estudos têm identificado tal característica (dominância patriarcal, possessividade obsessiva, ou medo de perder o controlo numa relação) em casos de homicídio doméstico ou em relações íntimas. As autoras mencionam que "talvez, dada a sua natureza dual, para o homicídio-suicídio ocorrer, os perpetradores podem ter que experienciar múltiplas fontes de stress-tensão. Pode ser que apenas um elemento sozinho possa estar relacionado com o homicídio ou com o suicídio

mas não com ambos". Segundo as autoras, "esta é uma proposta de difícil medida, que requer maior especificidade dos conceitos e amostras maiores para uma validação empírica" (Harper & Voigt, 2007).

Logan et al. (2008) sublinham, relativamente ao homicídio-suicidio, a importância de investir na sua prevenção em situações de violência entre parceiros íntimos. Neste enquadramento defendem — tal como também o Grupo V!!! e o Serviço de Violência Familiar — a importância de privilegiar um trabalho interligado (não fragmentado) entre o sistema judicial e o sistema de saúde mental, isto é, privilegiar o trabalho em rede em contraponto à intervenção em "silo", a par com a implementação de respostas rápidas, efetivas e eficazes no caso-a-caso.

**Figura 11. Um modelo teórico integrado sobre homicídio seguido de suicídio**
(Adaptado de Harper & Voigt, 2007)



### 4.7.3. RISCO DE SUICÍDIO DA VÍTIMA

A mortalidade por suicídio[32] representa um grave problema de saúde pública, ocupando a décima terceira maior causa de morte no mundo. Conforme refere a OMS (Krug et al., 2002), estima-se que a nível mundial, no ano 2000, suicidaram-se cerca de 815 mil pessoas, o que representa uma taxa de mortalidade de aproximadamente 14,5 em cada 100 mil pessoas – uma morte a cada 40 segundos. Em pessoas com idades entre os 15 e os 44 anos, os ferimentos autoinflingidos são a quarta maior causa de morte e a sexta maior origem de problemas de saúde e incapacitação física.

Em Portugal, segundo Carlos Braz Saraiva[33], "quando falamos dos números totais de suicídios verificou-se uma descida progressiva na

---

[32] Shneidman (1985, cit. Krug et al., 2002, p. 185) cita a Enciclopédia Britânica (1973) para definir suicídio como "o ato humano de infligir a si próprio o fim da vida". A primeira referência à palavra "suicídio" (de origem latina – *sui*, "próprio", e *caedere*, "matar") é atribuída a Sir Thomas Browne, médico e filósofo, no seu livro *Religio Medici* (1642) (cit. Krug et al., 2002). No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug et al., 2002) a OMS define suicídio como um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por um indivíduo com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal.

[33] "Em Portugal, do ponto de vista epidemiológico, o suicídio mantém o cenário de há decénios, a mesma dualidade do desespero. A Sul de Santarém: elevadas taxas de suicídio, em particular no sexo masculino acima dos 60 anos, com destaque para o Alentejo, um verdadeiro caso-estudo. A Norte de Santarém: baixas taxas de suicídio, muito à custa do Minho e do Grande Porto. Em termos de prevenção, o facto de 30% de todos os suicídios ocorrerem após os 70 anos de idade poderá indiciar uma orientação específica, no sentido de contrariar tais determinantes. Na verdade, Portugal não tem o drama de outros países onde o suicídio juvenil é um problema sério. Ao invés, os números do para-suicídio mostram uma tendência crescente, acima da média europeia, principalmente nos adolescentes e adultos jovens do sexo feminino" (ver site www.spsuicidologia.pt, Editorial I, 2003 janeiro, por Carlos Braz Saraiva).

década de 90 até aproximadamente 500 suicídios anuais (taxa 5) mas logo no início do século XXI constatou-se uma intrigante subida para mais do dobro, como ocorreu em 2002. Estes dados poderão corresponder não só a um aumento real de casos mas também a uma melhor fiabilidade das causas de morte, cuja resposta mais apropriada poderia ser colhida no Instituto Nacional de Medicina Legal". Refere também o mesmo autor (Saraiva, 2006, p. 16) que "o que permanece invariável ao longo dos anos é a proporção do suicídio entre sexos (relação homem/mulher de 3:1)"[34]. Os Quadros 12, 13 e 14 apresentam alguns dados estatísticos relativamente ao suicídio em Portugal.

**Quadro 12. Taxas de suicídio por 100.000 habitantes – PORTUGAL**
(Alte da Veiga, 2009)

| Ano | Global | Masculino | Feminino |
|---|---|---|---|
| 2003 | 10,5 | 16,6 | 4.8 |
| 2004 | 11,5 | 18 | 5.5 |
| 2005 | 8,8 | 13,8 | 4.1 |
| 2006 | 8,4 | 13,6 | 3.6 |
| 2007 | 9,6 | 14,5 | 4.9 |
| 2008 | 9,8 | 15,4 | 4.5 |

**Quadro 13. Taxas específicas por 100.000 habitantes - PORTUGAL, Sexo masculino**

(Alte da Veiga, 2009)

| Ano | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2003** | 6,2 | 12,4 | 16,6 | 18,7 | 23,6 | 33,2 | 61,0 |
| **2006** | 4.3 | 7,3 | 12,1 | 13,6 | 16,9 | 27,8 | 48,0 |

[34] Consultar site www.spsuicidologia.pt, Entrevista: Suicídios aumentam para o dobro, por Carlos Braz Saraiva.

**Quadro 14. Taxas específicas por 100.000 habitantes - PORTUGAL, Sexo feminino**

(Alte da Veiga, 2009)

| Ano | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2003** | 1.8 | 3.8 | 4.0 | 4.6 | 8.9 | 7.7 | 11.1 |
| **2006** | 0.5 | 1.0 | 3.6 | 4.4 | 4.9 | 8.1 | 7.8 |

## Teorias

De Durkheim (*Le Suicide*, 1897) a Lester (1989), passando por Watzlawick, Beavin & Jackson (1967), Freud (Luto e Melancolia, 1917), Minkoff, Bergman, Beck e Beck (1973) e Asberg, Thoren e Traskman (1976), entre muitos outros, são vários os autores que produziram teorias sobre o assunto (sociais, integrais, comunicacionais, psicodinâmicas, cognitivas, biológicas). Estas teorias procuram ajudar a compreender a génese do suicídio[35]. Em Portugal, conforme refere Saraiva (2010), "Coimbra de Matos (1982) enuncia quatro aspetos masoquistas e narcisistas explicativos do desejo de morrer: obter o amor total e duradouro do objeto (desejo de fusão); vulnerabilidade narcísica; intolerância à dor da perda com aumento do penar para obter perdão e amor; impossibilidade de suportar o orgulho ferido e a derrocada da omnipotência. Daniel Sampaio (1986) também se referirá à importância do renascimento, principalmente nas tentativas de suicídio dos adolescentes, para além de outras possibilidades, que denominou apelo, desafio e fuga. Nós

[35] Autores referenciados por Saraiva (2006) *in* pp. 77-112.

próprios elaborámos um modelo conceptual do parassuicídio em que considerámos a rejeição como a questão nuclear. Dentro das narrativas valorizámos aquilo a que denominámos por "rejeição sentencial familiar". Confluência de aspetos neurofisiológicos, sociais e cognitivos, a impulsividade emanaria da hostilidade, ativada pela rejeição. As "fugas" seriam ou "parabólicas" ou "elípticas" mas não lineares numa direção errática para o longínquo "cosmos", porque o objetivo não seria a morte tida como uma aniquilação (Saraiva, 1997; 1999)".

**Fatores de risco associados ao comportamento suicida**

Na avaliação do contexto de risco de suicídio, é fundamental recolher informações relativas à história atual e pregressa dos comportamentos suicidas. Um histórico de tentativa(s) anterior(es) de suicídio é um importante indicador de comportamento suicida fatal subsequente (Moscicki, 1995).

As perturbações mentais "são dos mais importantes fatores associados ao suicídio. O histórico sintomatológico de perturbações do eixo I ou II [DSM-IV] é um importante indicador de risco, principalmente quando relacionado com depressão *major*, ansiedade, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, perturbações psicóticas e da personalidade. É comum nos casos de suicídio a presença de comorbilidades, como alcoolismo, depressão ou perturbação de personalidade. Pessoas diagnosticadas com uma perturbação mental,

que tenham história de (…) [internamento] psiquiátrico, apresentam risco de suicídio particularmente maior" (Rodrigues, 2009, p. 14).

A depressão, como já anteriormente referimos, tem uma prevalência alta na população geral e está envolvida em 65 a 90% de todos os casos de suicídio com patologias psiquiátricas (Bluementhal, 1988, cit. Krug et al., 2002). Em muitos casos, a depressão é mascarada e os pacientes apresentam apenas queixas somáticas. O suicídio representa um fator de risco significativo na depressão não reconhecida e não tratada. De registar que, entre 35% e 73% das mulheres expostas a violência em contextos de intimidade sofrem de depressão ou perturbações de ansiedade (Golding, 1999 e Fikree & Bhatti, 1999, cit. Charles, Griffiths, & Morgan, 2003).

Entre as perturbações de ansiedade, a perturbação de pânico tem sido a mais frequentemente associada com o suicídio, seguida da perturbação obsessivo-compulsivo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2000). O risco aumenta quando há comorbilidade associada (depressão, abuso de álcool e outras substâncias; perturbação de personalidade).

Segundo a OMS (2000) o risco de suicídio ao longo da vida em pessoas que sofrem de esquizofrenia é de 4 a 10%, representando a principal causa de morte prematura entre os doentes que sofrem desta patologia. Segundo a mesma organização, são fatores de risco específicos: sexo masculino, jovem, desempregado, recaída recorrente, medo de deterioração, especialmente nos indivíduos mais diferenciados intelectualmente, desconfiança e delírios, sintomas

depressivos. O risco de suicídio é maior nos estágios precoces da doença e na recaída precoce.

As perturbações de personalidade mais frequentemente associadas ao suicídio são a *borderline* e a antissocial. Outras perturbações da personalidade que também surgem associadas: histriónica e narcísica e certos traços psicológicos, como impulsividade e agressividade, (Isometsa, 1996, cit. OMS, 2000).

"O uso, abuso ou dependência de álcool e outras substâncias, como benzodiazepínicos, leva a uma reação de desinibição que facilita a hostilidade e os impulsos suicidas (Fremouw & cols, 1990 e Meleiro, 1997)" (Rodrigues, 2009, p. 18). O Manual para Médicos Clínicos Gerais, sobre a prevenção do suicídio (OMS, 2000), sublinha que o alcoolismo[36] (tanto o abuso de álcool quanto a dependência ao álcool) é um diagnóstico frequente naqueles que cometeram suicídio, particularmente em indivíduos jovens. São fatores específicos associados ao maior risco de suicídio: o início precoce do consumo, uma história crónica do alcoolismo, alto nível de dependência, humor

[36] Álcool e depressão: que relações? Conforme refere a OMS (Krug et al., 2002, p. 193), "existem (…) muitas ligações entre o uso do álcool e a depressão (….) O uso do álcool pode levar direta ou indiretamente à depressão, por meio da sensação de declínio e falha, sentida pela maioria das pessoas que são dependentes do álcool (…) O abuso do álcool pode ser uma forma de automedicação para aliviar a depressão (…) Tanto a depressão como o abuso do álcool podem ser o resultado de stresses específicos da vida de uma pessoa. (…) embora o suicídio entre os que sofrem de perturbações depressivas aconteça no início do histórico da doença, principalmente no grupo etário entre 30 e 40 anos, o suicídio entre os que sofrem de dependência alcoólica geralmente ocorre mais tarde. Além disso, quando esse problema ocorre, ele traz consigo outros fatores, como rutura dos relacionamentos, marginalização social, pobreza e o início de uma deterioração física oriunda do abuso crónico do álcool."

depressivo, saúde física precária, desempenho laboral precário/desemprego, história familiar de alcoolismo e ocorrência de stressores familiares e sociais (como separações, perdas, problemas no trabalho e desemprego).

"A história do indivíduo [eventos de vida] contém fatores predisponentes não-imediatos que possibilitam a compreensão da motivação ou das razões psicológicas para o suicídio (Werlang & Botega, 2004)" (Rodrigues, 2009, p. 19). Entre eles estão: a perda de uma pessoa amada (divórcio, separação ou morte); a violência no contexto familiar[37]; os conflitos interpessoais (nos locais de estudo[38]/ trabalho); os antecedentes de abuso sexual[39]; a orientação sexual; o isolamento social[40]; os problemas legais ou relativos ao contexto

---

[37] Segundo a investigação existe maior probabilidade de depressão e tentativa de suicídio entre vítimas de violência entre parceiros íntimos. Refere um estudo realizado nos EUA (Stark & Flitcraft, 1996) que existe uma relação significativa entre gravidez, violência doméstica e suicídio: é muito provável que mulheres grávidas que tentam o suicídio tenham sido abusadas.

[38] A título de exemplo: num estudo realizado com mais de 16 mil adolescentes na Finlândia os pesquisadores descobriram uma ocorrência significativa de depressão e grave ideação suicida entre os que eram maltratados na escola e entre os que eram os perpetradores dos maus tratos (Kaltiala-Heino, et al., 1999, cit. Krug et al., 2002).

[39] De acordo com um estudo realizado na Holanda, envolvendo 1490 estudantes adolescentes, os que tinham sofrido abuso apresentavam comportamento suicida e outros problemas emocionais e comportamentais mais significativos do que os adolescentes que não tinham sido vítimas de abuso (Garnefski & Arends, 1998, cit. Krug et al., 2002).

[40] Uma grande parte da literatura sugere que o isolamento torna as pessoas mais vulneráveis ao suicídio do que os que têm fortes redes de suporte (Magne-Ingvar, Ojehagen & Traskman-Bendz, 1992, Heikkinen, Aro & Lonnqvist, 1993, cit. Krug et al., 2002). Por exemplo, uma pessoa pode tentar o suicídio se, depois da morte da pessoa amada, durante o período de luto, houver apoio insuficiente por parte das pessoas que são íntimas da pessoa enlutada.

laboral. Colocando o enfoque nas situações associadas à violência, é de registar que "há um aumento significativo do risco nos casos de pessoas com histórico de violência, como violência urbana ou doméstica, assédio moral (*bullying*), abuso físico, psicológico ou sexual. Os efeitos das situações de violência para o risco suicida aplicam-se tanto para a vítima quanto para o agressor (Fremouw & cols, 1990; King & cols, 2001; Agebro & cols, 2002; Tavares & cols, 2004)" (Rodrigues, 2009, pp. 19-20). Doenças físicas, principalmente aquelas que levam a comprometimentos funcionais ou cognitivos, degeneração, dor, desfiguração, dependência de terceiros, e que possuem mau prognóstico, estão associadas a riscos mais altos de suicídio (por ex.: doenças neurológicas degenerativas, neoplasias[41], HIV/AIDS[42]).

Traços individuais de personalidade e características do estado mental e afetivo podem ser fortes indícios de risco de suicídio. O estado mental e afetivo engloba os aspetos internos que interferem com a capacidade de enfrentar situações de crise e incluem a capacidade de mobilização de recursos, de socialização e de tomada de decisões importantes. Colocando o enfoque nos "afetos intoleráveis"[43] e a título

---

[41] O risco de suicídio está aumentado no momento do diagnóstico e nos primeiros dois anos da doença terminal. O risco aumenta no caso de tumores malignos progressivos, sendo agravado pela dor, fator que contribui significativamente para o suicídio.

[42] O risco de suicídio aumenta no momento da confirmação do diagnóstico e nas fases iniciais da doença. Consumidores de drogas endovenosas têm o risco aumentado.

[43] "Trata-se de uma experiência interna de emoções negativas, como raiva, abandono, culpa, temor, desespero, medo, vergonha, humilhação, frustrações,

de exemplo, Beck et al. (1985, cit. Krug et al., 2002) demonstraram a importância do sentimento de falta de esperança como um dos mais fortes fatores de risco preditivo de suicídio a médio e longo prazos.

A presença de fatores de proteção pode diminuir o nível do risco de suicídio por meio do fortalecimento da capacidade de enfrentamento da pessoa. A título de exemplo, importa registar que "a presença de pessoas significativas que possam oferecer condições de suporte, recursos e ajuda efetiva para enfrentar uma crise reduz o risco de suicídio [ver subcapítulo sobre o Mapa de Rede]. Já ocorrências de isolamento social e de relações stressantes ou disfuncionais podem aumentar o nível de risco suicida" (Rodrigues, 2009, pp. 30-31).

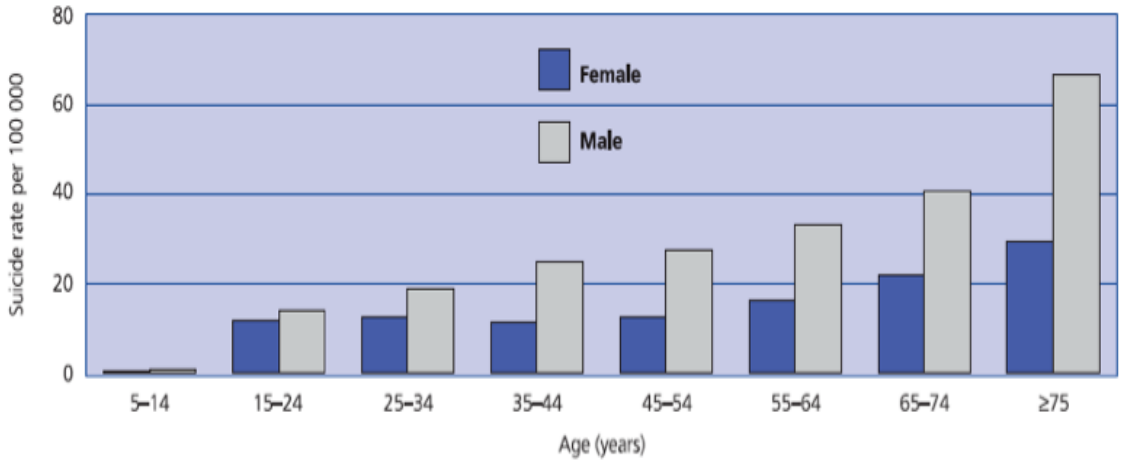
Os fatores sociodemográficos são variáveis úteis para identificar grupos que possam estar em maior risco de comportamento suicida, no entanto, possuem pouca utilidade prática na avaliação do risco de casos específicos. A título de exemplo:

- Mais de 60% de todos os suicídios ocorreram entre homens.
- No geral, os índices de suicídio entre pessoas com 75 anos ou mais são aproximadamente três vezes mais elevados do que entre pessoas mais jovens, com idade entre 15 e 24 anos.
- Essa tendência é encontrada para ambos os sexos, mas é mais evidente entre os homens (ver Figura 12).

---

desesperança, ansiedade, solidão, perda, vazio e luto, que geralmente é desencadeada e mantida pela não-satisfação de necessidades psicológicas (Hendin, 1991, Mokros, 1995, Ronningstam & Maltsberger 1998, Hendin & cols, 2001, Berlim & cols, 2003, Hendin, Maltsberger, Haas, Szanto & Rabinowciz, 2004 e Hendin, Maltsberger & Szanto, 2007)" (Rodrigues, 2009, p. 27).

**Figura 12. Índices globais de suicídio por idade e sexo (ano 1995)**
(Retirado de Krug et al., 2002, p. 188)




A constituição e a história familiares possuem grande relevância para a avaliação do risco (ver subcapítulo sobre o Genograma). "Dados apontam que

- pessoas divorciadas cometem mais suicídio do que outros grupos, seguidos pelos solteiros e viúvos.
- Esse risco aumenta quando a pessoa mora ou passa a morar sozinha. (…) O efeito da viuvez é considerável, constatado pelo grande número de suicídios que ocorrem logo após a morte do cônjuge.
- Os casados são os que apresentam índices mais baixos, embora relações conjugais de natureza conflituosa ou abusiva possam elevar o risco, principalmente para as mulheres.
- A presença de filhos parece ter importância protetiva na decisão pela morte (…)" (Rodrigues, 2009, p. 38-39).

Para Saraiva (2006, p. 135) o "risco aumenta com o número de fatores" (ver Quadro 15).

**Quadro 15. Fatores de Risco de Suicídio**

(Saraiva, 2006, pp. 138-139)

| | |
|---|---|
| **Sociodemográficos** | Sexo masculino<br>15-24 anos e mais de 45 (principalmente acima dos 75 anos)<br>Divorciado ou viúvo<br>Classes sociais altas ou baixas<br>Fragmentação social<br>Isolamento social<br>Profissão de risco<br>Ausência de religião<br>Desemprego<br>Reforma (com inatividade)<br>Emigração<br>Cultura suicida (familiar e/ou meio)<br>Rural ao sul de Santarém (Portugal)<br>Urbano da Grande Lisboa (Portugal) |
| **Clínicos** | Depressão<br>Esquizofrenia<br>Alcoolismo<br>Drogas<br>Pânico<br>Bulimia<br>Distúrbio da personalidade<br>Distúrbio<br>Pós-stress traumático<br>Hereditariedade<br>Estadios pré-demenciais |
| **Personalidade** | Impulsividade<br>Agressividade/hostilidade<br>Rigidez e pensamento dicotómico<br>Labilidade do humor<br>Questões de honra ou humilhação |

| | |
|---|---|
| **Psicológicos** | Sentimentos de culpa<br>Ideação de sacrifício<br>Intolerância à dor psicológica<br>Competição excessiva<br>Ausência de projetos de vida<br>Insucesso escolar<br>Crise existencial |
| **Circunstanciais** | Desesperança<br>Tentativa de suicídio prévia<br>Ameaças de suicídio<br>Ideação suicida com planos<br>Hospitalizações frequentes<br>Ausência de objetivos<br>Modelos suicidas nos *media*<br>Doença crónica incapacitante<br>Dor crónica<br>Doença terminal (cancro, SIDA, etc.)<br>Problemas financeiros<br>Ruina financeira<br>Viver só (isolamento)<br>Família disfuncional<br>Falta de apoio familiar ou social<br>Perda precoce de pessoas significativas<br>Datas de certos aniversários<br>Acontecimento de vida recente<br>Rutura amorosa<br>Morte de cônjuge ou de alguém íntimo<br>Acesso fácil a armas de fogo ou pesticidas<br>Elevada escolaridade<br>Mudança de residência<br>Estar preso<br>Desumanização |
| **Sazonais** | Do inverno ao verão (Portugal) |

A violência entre parceiros íntimos (VPI) é um sério fator de risco associado ao suicídio entre mulheres que sofrem violência. Vários estudos o demonstram.

Reviere et al. (2007), referindo-se a várias investigações sobre o assunto[44], estimam que 35% a 40% das pessoas irão tentar o suicídio em algum momento, durante ou após ter terminado um relacionamento abusivo.

Para outros autores, um terço de todas as tentativas de suicídio no feminino estão associadas à experiência atual ou passada de violência doméstica (Mulender, 1996; Stark & Filtcraft, 1996).

Após um estudo realizado num Serviço de Urgência, Abbott et al. (1995, cit. Kimberg, 2001) afirmam que o risco de suicídio para mulheres que relataram uma história de VPI era de 26% e para as mulheres que nunca tinham estado expostas a uma situação de VPI de 8%.

Bergman (1991, cit. Kimberg, 2001), na sequência de um estudo realizado na Suécia, afirma que existe um risco oito vezes maior de uma tentativa de suicídio grave, suficiente para exigir internamento, nas mulheres expostas a VPI.

[44] Ver as seguintes referências em Reviere et al. (2007) para mais informações: Abbott, Johnson, Koziol-McLain, e Lowenstein, 1995; Bergman e Brismar, 1991; Kaplan, Asnis, Lipschitz, e Chorney, 1995; Roberts, Lawrence, O'Toole, e Raphael, 1997; Sharhabani-Arzy, Amir, Kotler, e Liran, 2003; Stark e Flitcraft, 1996.

**Comportamentos de suicídio: da sinalização ao encaminhamento**

Segundo Clark e Fawcett (1992) dois terços dos que cometeram suicídio manifestaram essa intenção a parentes próximos ou amigos na semana anterior. Referem também os mesmos autores que, metade dos que morrem por suicídio foram a uma consulta médica nos seis meses que antecederam a morte, e 80% foram a um médico no mês anterior ao suicídio.

***Neste enquadramento, que papel devem ter os serviços de saúde na prevenção do suicídio?***

O suicídio (tal como a violência em contextos de intimidade) traduz problemáticas que as pessoas evitam abordar por iniciativa própria. Afirma Rodrigues (2009) que o tabu que cerca a temática do suicídio pode causar a impressão de que abordar pessoal e diretamente o assunto pode causar desconforto nos entrevistados. Mas a grande maioria dos pacientes é recetiva a uma avaliação que investigue a complexidade das suas experiências em relação ao tema, incluindo a verificação de ocorrência de tentativas de suicídio anteriores.

***Na prática, como ultrapassar esta situação?***

A solução é simples: a única maneira de saber se existe ou não violência e/ou risco de suicídio é perguntar, e a confirmar-se a existência de violência e/ ou risco de suicídio fazer uma avaliação

completa e implementar um plano de segurança/tratamento.

***E quando perguntar?***

Conforme sublinha o "Manual para Médicos Clínicos Gerais" (OMS 2000):

- Depois de se estabelecer um bom relacionamento com @ utente;
- Quando @ utente se sentir confortável para expressar os seus sentimentos;
- Quando @ utente estiver na "fase" de expressão de sentimentos negativos.

A escuta com empatia é, em si mesma, um passo importante na redução do nível do desespero suicida. Estamos perante alguém cuja ambivalência @ "move" entre o desejo de viver e o desejo de morrer e onde a impulsividade, a restrição e rigidez do pensamento e dos afetos @ tendem a incapacitar para uma leitura e compreensão saudáveis da situação de crise. Importa pois o terapeuta complementar estas atitudes assumindo perante @ doente uma narrativa potenciadora da vontade de viver e capaz de lhe proporcionar novas "leituras" do problema e um "olhar direcionado para o futuro".

***Como colocar questões sobre "suicídio"?***

A título de exemplo, e conforme refere o "Manual para Médicos Clínicos Gerais" (OMS, 2000), é útil abordar o assunto de modo

gradual:

1. Sente-se infeliz ou sem esperança?
2. Sente-se desesperado?
3. Sente-se incapaz de enfrentar os dias?
4. Sente que sua vida é um fardo?
5. Acha que não vale a pena viver?
6. Pensa em cometer suicídio?

O processo não termina com a confirmação das ideias suicidas. Se a resposta for afirmativa, algumas sugestões para ***avaliar se existe um plano***, que plano, meios para a sua execução e quando o pensa fazer:

- Tem algum plano para pôr termo à sua vida?
- Como planeia fazê-lo?
- Possui fármacos e/ou armas e/ou outros meios?
- Já pensou quando o vai fazer?

Criar condições para que @ utente fale do seu sofrimento passa, a quem sofre, a mensagem de que existe alguém que está interessado em ouvir e entender a seu problema. Proporciona-lhe alívio e motivação para aceitar a ajuda do terapeuta, e cria condições para melhor elaborar a história clínica e avaliar os fatores de risco e de proteção e, consequentemente, a maior ou menor probabilidade de o paciente vir a cometer suicídio.

A entrevista representa sem dúvida um procedimento que pode contribuir para estimar com maior precisão o risco e auxiliar na implementação de ações interventivas e preventivas. Rodrigues (2009), a este nível, reforça a importância da adoção de uma "postura

de não-julgamento, perguntas abertas dirigidas para a elaboração de sentimentos, de pensamentos e de *insight* do paciente. Os profissionais devem saber manejar a angústia do paciente e desenvolver uma aliança de trabalho com ele. Devem ser empáticos e saber ouvir as preocupações e as dores do paciente para conquistar a sua confiança durante uma entrevista de avaliação. A satisfação do paciente é um componente clínico fundamental para o estabelecimento de uma aliança terapêutica e para a eficácia do tratamento oferecido (Ponciano, 1988, Fremouw & cols, 1990, Benjamim, 2002 e Mitchell & cols, 2005)" (Rodriges, 2009, p. 53).

A aplicação de instrumentos[45,46] para a avaliação do risco de suicídio,

---

[45] Segundo Barrero, Nicolato e Corrêa (s.d.), "o conhecimento dos fatores de risco que predispõem ao aparecimento de uma determinada condição mórbida é uma estratégia válida para a sua prevenção. Esse princípio aplica-se também ao comportamento suicida, existindo ampla literatura sobre o assunto". Nasceu, assim, um conjunto de propostas para avaliação do risco de suicídio ao longo do ciclo vital (infância, adolescência, adulto, idoso). Na sequência desta iniciativa — e a título de exemplo — apresentamos o guia prático sugerido por estes autores para "avaliar o risco suicida no adulto". Sugerem os mesmos que, "se a soma ultrapassar os 18 pontos, o indivíduo deve ser atentamente observado e mesmo hospitalizado por apresentar grave risco suicida".

| | |
|---|---|
| 1. Os familiares temem que o indivíduo realize um ato suicida | 3 pontos |
| 2. Atitude pouco colaborante do indivíduo na entrevista | 2 pontos |
| 3. O indivíduo expressa desejos de morrer | 2 pontos |
| 4. Manifesta ideias de suicídio | 4 pontos |
| 5. Expõe um plano suicida | 5 pontos |
| 6. Possui antecedentes de perturbações psiquiátricas | 4 pontos |
| 7. Antecedentes de hospitalização psiquiátrica recente | 2 pontos |
| 8. Antecedentes pessoais de tentativa de suicídio | 3 pontos |
| 9. Possui antecedentes familiares de comportamento suicida | 3 pontos |

deve ser lida como mais uma perspetiva, nas várias leituras do micro ao macro, da problemática em estudo. Para Tavares (2003, p. 127) "a validade de um instrumento é expressa pelas qualidades ou pelos significados que podem ser associados a ele, e depende da rede de relações que ele estabelece com outros indicadores relevantes".

Sumariamente, e de acordo com o "Manual para Médicos Clínicos Gerais" da OMS, relativamente à prevenção do suicídio, poderíamos resumir da seguinte forma a estratégia a adotar perante a suspeita/identificação de uma situação de suicídio (ver Quadro 16):

---

10. Presença de um conflito atual 2 pontos

[46] Rothberg e Geer-Williams (1992, cit, Saraiva, 2006, p. 137) dividem as escalas de avaliação do risco de comportamentos suicidários em dois grupos:
- aquelas em que o próprio presta informações (n=6): *Hopelessness Scale* (HS, Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974), *Index of Potencial Suicide* (IPS, Zung, 1974), *Reasons for Living Inventory* (RLI, Linehan, Goodstein, Nielseen & Chiles, 1983), *Rorschach Suicide Constellation* (RSC, Exner & Wylie, 1977), *Suicide Probability Scale* (SPS, Cull & Gill, 1982), *Suicide Risk Measure* (SRM, Plutchik, Van Praag, Conte & Picard, 1989);
- aquelas em que o informador é outra pessoa (n=13): *Clinical Instrument to Estimate Sucide Risk* (CIESR, Motto, Heilbron & Juster, 1985), *Instrument for the Evaluation of Suicide Potential* (IESP, Cohen, Motto & Seiden, 1966), *Intent Scale* (IS, Pierce, 1977), *Los Angeles Suicide Prevention Center Scale* (LASPC, Beck, Resnikn & Letieri, 1974), *Neuropsyichiatric Hospital Suicide Prediction Schedule* (NHSPS, Farberow & Mackinnon, 1974a, 1974b), *Scale for Assessing Suicide Risk* (SASR, Tuckman & Youngman, 1968), *Suicidal Death Predicition Scale, long and short forms* (SDPS, Lettieri, 1974), *Short Risk Scale* (SRS, Pallis, Barraclough, Levey, Jenkis, & Sainsbury, 1982), *Suicide Intent scale* (SIS, Beck, Schuyler & Herman, 1974), *SAD Persons* (SP, Patterson, Dohn, Bird & Patterson, 1983), *Suicide Potential Scale* (SPS, Dean, Miskimins, Cook, Wilson & Malley, 1967), *Scale for Predicting Subsequent Suicidal Behavior* (SPSSB, Buglass & Horton, 1974).

**Quadro 16. Risco de suicídio: identificação e plano de ação**

Fonte: *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Médicos Clínicos Gerais*

(OMS, 2000, p. 17)

| **Risco de suicídio** | **SINTOMA** | **AVALIAÇÃO** | **AÇÃO** |
|---|---|---|---|
| **0** | Ausência de sintomas | | |
| **1** | Com problemas emocionais | Perguntar sobre pensamentos suicidas | Escutar com empatia |
| **2** | Ideias vagas de morte | Perguntar sobre pensamentos suicidas | Escutar com empatia |
| **3** | Ideação suicida vaga | Avaliar a intencionalidade (plano e método) | Explorar as possibilidades<br>Identificar apoio |
| **4** | Ideias de suicidio SEM perturbação(ões) psiquiátrica(s) | Avaliar a intencionalidade (plano e método) | Explorar as possibilidades<br>Identificar suporte |
| **5** | Ideias de suicídio E perturbação(ões) psiquiátrica(s) OU fatores stressores graves | Avaliar a intencionalidade (plano e método) Estabelecer um contrato | Encaminhar para um psiquiatra |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **6** | Ideias de suicídio E perturbações psiquiátricas OU fatores stressores graves OU agitação E tentativas prévias | Ficar com @ paciente (para prevenir o acesso aos meios letais) | Internar |

### 4.7.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO RISCO/PERIGO

Segundo Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral e López-Goñi (2008), a violência severa ou o homicídio, quando ocorre, é o último elo de uma cadeia de comportamentos violentos anteriores. Os autores mencionam ainda que, a fim de prevenir tais situações, e tendo por base dados empíricos e não apenas critérios intuitivos, é fundamental, quando a situação de violência é detetada, procurar determinar "preditores" de comportamentos tão perigosos, com vista a adotar, em função do grau de risco/perigo avaliados, medidas de proteção específicas e individualizadas para as vítimas.

Torna-se assim necessário, também porque muitas mulheres vítimas de violência não estão cientes do risco que correm, dispormos de instrumentos que permitam avaliar o risco/perigo associado aos cenários da violência entre parceiros íntimos (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral & López-Goñi, 2008). Prever o risco de violência por parceiro íntimo e avaliar o perigo facilita o conhecimento do

problema e a procura de soluções mais adequadas no caso-a-caso (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral & López-Goñi, 2008).

A primeira escala desenvolvida para avaliar o risco foi a *DANGER ASSESSMENT TOOL* (DA) (Campbell, 1995[47]), tendo por base dados relativos a homicídios domésticos. O seu objetivo não reside apenas na avaliação do risco de homicídio de mulheres agredidas, mas procura também prever a violência no futuro. As informações são fornecidas unicamente pelas vítimas (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral & López-Goñi, 2008).

Poteriormente Kerry (1998)[48] cria a *FEMICIDE SCALE*. A escala foi desenvolvida a partir de informações dadas por homens que mataram as suas parceiras, com o objetivo de identificar as características dos homicídios, tendo em conta a informação dada pelos homicidas. Uma das limitações apontadas é a de que apenas analisa o tipo de violência mais extremo – o homicídio da vítima (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral e López-Goñi, 2008).

A *SPOUSAL ASSAULT RISK ASSESSMENT* (SARA) (Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1999, 2000)[49] é uma escala de 20 itens, empiricamente estabelecidos, que estão relacionados com a história judicial/penal dos

---

[47] Consultar: Campbell, J. (1995). *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, CA: Sage.

[48] Consultar: Kerry, G. (1998). *Risk assessment of male batterers in a community setting*. Toronto, ON, Canada: Professional Development Workshop.

[49] Consultar: Kropp, P. R., Hart, S., Webster, C., & Eaves, D. (1999). *Spousal Risk Assessment guide user's manual*. Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems and BC Institute Against Family Violence; e Kropp, P. R., Hart, S., Webster, C., & Eaves, D. (2000). The Spousal Risk Assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior, 24*, 101-118.

agressores, com o seu funcionamento social e a sua saúde mental. O seu objetivo é procurar facilitar as opções dos profissionais perante uma situação de violência conjugal. As informações são fornecidas por diferentes fontes, como vítima, agressor, arquivos policiais, registos clínicos (etc.) (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral & López-Goñi, 2008). A *BRIEF SPOUSAL ASSAULT FORM FOR THE EVALUATION OF RISK* (B-SAFER) é uma versão simplificada da SARA, desenvolvida pelos mesmos autores (Kropp & Hart, 2004)[50]. Foi criada principalmente para ser aplicada pelas Forças de Segurança e Juízes e, portanto, omite a avaliação da saúde mental (perturbações mentais e de personalidade) (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral & López-Goñi, 2008).

A ESCALA DE AVALIAÇÃO DA PREVISÃO DO RISCO DE VIOLÊNCIA SEVERA POR PARCEIRO ÍNTIMO[51] (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral, & López-Goñi, 2008) difere da SARA e da B-SAFER, na medida em que, não se limitando à avaliação do risco de agressão dirigida à mulher, coloca o enfoque na previsão do risco de homicídio e da violência severa. Segundo Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral e López-Goñi (2008), é a primeira ferramenta adaptada à situação cultural da Europa, pois os instrumentos mais importantes já existentes nesta área têm a sua origem na América do Norte (onde, por

[50] Consultar: Kropp, P. R., & Hart, S. (2004). B-SAFER (Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk): A tool for criminal justice professionals. Ottawa, ON, Canada: Department of Justice (Government of Canada).

[51] Autores: Enrique Echeburúa (Universidad del País Vasco); Paz de Corral (Universidad del País Vasco); Javier Fernández-Montalvo (Universidad Pública de Navarra).

exemplo, o uso de armas e do contexto familiar são um pouco diferentes). À semellhança das escalas anteriormente apresentadas[52], visa sobretudo ajudar a decisão a tomar no caso-a-caso. Indo além dos critérios intuitivos, procura ajudar os profissionais não-clínicos (juízes, membros das forças policiais, psicólogos forenses, assistentes sociais, etc), nos seus *settings* específicos, a adotar medidas de proteção para as vítimas adequadas às suas necessidades específicas e baseadas em critérios empíricos. A escala tem 20 itens, agrupados em cinco secções (dados pessoais, *status* de relacionamento do casal, tipo de violência, perfil do agressor do sexo masculino e a vulnerabilidade da vítima), duas das quais (tipo de violência e o perfil de agressor) ocupam a maioria dos itens, por causa de sua maior capacidade preditiva.

Atendendo a que esta escala (tal como as outras) é apenas uma "fotografia" de uma situação num momento específico, deve ser complementada — como já anteriormente referido — com todos os dados disponíveis. É aconselhável aplicá-la novamente quando houver novas situações de violência ou quando as circunstâncias relativas à avaliação inicial sofreram alterações; tendo em conta que valor da previsão fica mais fragilizado com o passar do tempo, mesmo que não se verifiquem estas situações, deverá voltar a ser aplicada

[52] Não avaliam construtos psicológicos / características psicométricas; estão fundamentalmente orientados para a decisão a adotar no caso a caso, relativamente às medidas de proteção das vítimas (Campbell, Sharps, & Glass, 2000, Dutton & Kropp, 2000, Kropp, 2004, cit. Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral, & López-Goñi, 2008).

posteriormente, por exemplo alguns meses após a situação de violência que motivou a sinalização (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral & López-Goñi, 2008).

De registar que a evolução do caso-a-caso permite que se tomem decisões mais adequadas em cada momento (McFarlane, Campbell, & Watson, 2002, cit. Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral & López-Goñi, 2008).

## 4.8. Referências bibliográficas


Abreu, S. (2000). *Singularidade das redes e redes da singularidade*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Miguel Torga, Coimbra.

Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios Familiares*. Quarteto: Coimbra.

Alarcão, M. & Sousa, L. (2007). Rede social pessoal: Do conceito à avaliação. *Psychologica*, *44*, 353-376.

Almeida, M. V. (2009). *Violência conjugal e álcool: (in)existência de uma relação causal*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Alte da Veiga, F. (2009, maio) *in* "Estatística" no site da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (http://www.spsuicidologia.pt).

Altshuler, S. J. (1999). Constructing genograms with children in care: implications for casework practice. *Child Welfare*, *78* (69), 777-90.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR*. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000).

Ascione, F., Weber, C., & Wood, D. (1997). The abuse of animals and domestic violence: A national survey of shelters for women who are battered. *Society and Animals*, *5* (3).

Azeiteiro, A. (2007). *Violência na Conjugalidade*. *Narrativas de Vítimas e Agressores: das redundâncias às singularidades*. Tese de mestrado não publicada apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Barrero, S. P., Nicolato, R, & Corrêa, H. (s.d.). *Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana*. Retirado de http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=22353&langType=1046

Barroso, Z. (2008, junho). *Violência nas Relações Amorosas*. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia "Mundo Sociais: saberes e práticas", 25 a 28 de Junho 2008. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Bernard, G. W., Vera, H., Vera, M. I., & Newman, G. (1982). Till Death Do Us Part: A Study of Spouse Murder. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 10.

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: diferenciación del si mismo en el sistema*. Paidos: Barcelona.

Brigham and Women´s Hospital, Domestic Violence. (2004). *A guide to Screening and Intervention*. Boston.

Caeser, P. (1998). Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims, 3*, 49-63.

Campanelli, C. & Gilson, T. (2002). Murder-suicide in New Hampshire, 1995–2000. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*, *23*, 248 –251.

Campbell, J. C. (1986). Assessing the risk of homicide for battered women. *Advances in Nursing Science*, *8* (4), 36-51.

Canavarro, M. *(1995)*. Inventário de sintomas psicopatológicaos - B.S.I. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal, 2,* 95-109 (Simões, M., Gonçalves, M. & Almeida, L. - Eds.). Braga: APPORT/SHO.

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da

qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine, 16*(2), 116-124.

Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar, Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª Ed.). Artes Médicas: Porto Alegre.

Carter, B. & McGoldrick, M. (2005). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives*. Boston: Allyn & Bacon.

Charles, N., Griffiths, L., & Morgan, J. (2003). T*he mental health needs of women who have experienced domestic abuse*. Swansea: Neath Women's Aid.

Clark, D. C., & Fawcett, J. (1992). An empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder. In D. Jacobs (Ed.), *Suicide and clinical practice* (pp. 55-73). Washington: American Psychiatric Press.

Counts, D. A., Brown, J., & Campbell, J. (1992). *Sanctions and Sanctuary: Cultural Perspectives on the Beating of Wives*. Colorado: Westview Press.

Da Silva, J. V. & Santos, S. M. R. (s.d.). *Trabalhando com famílias, utilizando ferramentas*. Monografia apresentada no Programa de Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem – Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, Brasil.

Davidson, J. R., Tharwani, H. M., Connor, K. M. (2002). Davidson Trauma Scale (DTS): Normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depression and Anxiety*, *15*, 75-78.

Department of Mental Health WHO. (1999). *Annotated bibliography of the WHO quality of life assessment instrument – WHOQOL*. Geeva: World Health Organization.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures*. *Manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist 90–R: Administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille*. *Une approche systémique en soins infirmiers*. Montreal: Gaëtan Morin.

Dutton, D.G. & Golant, S.K. (1997). *El golpeador*. *Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.

Echeburúa, E. & Corral, P. (2002). Violencia en la pareja. In J. Urra (Ed.), *Tratado de Psicología Forense* (pp. 377-397). Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P., & López-Goñi, J. (2008). Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence: A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (10), 1-15.

Eliason, S. (2009). Murder-suicide: a review of the recent literature. *Journal of the American Academy Psychiatry Law*, *37* (3), 371-376.

Ellis, D. (1987). Post-separation woman abuse: The contribution of lawyers as "barracudas", "advocates" and "counselors." *International Journal of Law and Psychiatry*, 10.

Englander, E. K. (1997). *Understanding violence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Elkaim, M. (2007). *Como sobreviver à própria família*. Lisboa: Sinais de Fogo.

Erikson, E. H. (1976). *Infância e sociedade* (2ª ed.). (G. Amado, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada em 1950).

Flanzer, J. P. (1993). Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. In Gelles, R. J. & Loseke, D. R. (Eds.).*Current controversies on family violence* (pp. 171 – 181).Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Fontes, B. & Portugal, S. (2009). Redes sociais. In A. D. Cattani, J. L. Laville, L. I. Gaiger, & P. Hespanha (Eds.) *Dicionário internacional da outra economia*. Coimbra: Edições Almedina.

Garbarino, J. & Kostelny, K. (1993). Children's response to war: What do we know?. In L. A. Leavitt & B. Fox (Eds), *Psychological effects of war and violence on children*. Lawrence Erlbaum Hillsdale.

Gillespie, C. K. (1989). *Justifiable Homicide*. Columbus, OH: Ohio State University Press.

Goldim, J. R. (2001). *Risco*. Retirado de http://www.bioetica.ufrgs.br/risco.htm

Gonçalves, M. (2003). *Vinculação, rede social pessoal e psicopatologia no primeiro ano do ensino superior*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Gonçalves, R. A., Cunha, O., & Dias, A. (2011). Avaliação psicológica de agressores conjugais. In M. Matos, R. A. Gonçalves, & C. Machado (Coords.), *Manual de psicologia forense: Contextos, práticas e desafios* (pp. 223-245). Braga: Psiquilibrios Edições.

Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em rede: Serviço social, sistémica e redes de suporte social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Guerra, S., Vicente, H., Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). *Informal caregivers of elderly people: Social network and life satisfaction*. Poster apresentado no XXIX Congresso Internacional de Psicologia, Berlim, Alemanha, Julho 20-25.

Hamberger, L. K., & Holtzworth–Munroe, A. (1999). Partner violence. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.). *Cognitive Behavioral Strategies in Crisis Intervention* (pp.302–324). London: The Guilford Press.

Hampton, J. R., Harrison, M. J., Mitchell, J. R., Prichard, J.S., & Seymour, C. (1975). Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. British Medical Journal, 2 (5969), 486-9.

Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi Health Systems.

Harper, D. W. & Voigt, L. (2007). Homicide Studies 2007: An Integrated Theoretical Perspective. *Homicide Studies*, *11* (4), 295-318.

Johnson, H. (1996). *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario: International Thomson Publishing.

Kantor, G. K. & Jasinski, J. L. (1998). Dynamics and risk factors in partner violence. In J. L. Jasinski & L. M. Williams (Eds.). *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Kimberg, L. (2001). Addressing Intimate Partner Violence in Primary Care Practice. *Medscape General Medicine*, 3 (1).

Kingham, M. & Gordon, H. (2004). Aspects of morbid jealousy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 207–215.

Klein, A. & Tobin, T. (2008) Longitudinal Study of Arrested Batterers, 1995-2005: Career Criminals. *Violence Against Women*, *14* (2), 136-157.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Le Blanc, M., Quimet, M., & Szabo, D. (2003). Tratado de Criminologia Empírica de Crimonologie. 1e Ed portuguesa, Climepsi. Lisboa. Maio 2008

Lisboa, M., Vicente, L. B. & Barroso, Z. (2005). *Saúde e Violência Contra as Mulheres*. *Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa: SociNova – FCSH-UNL/Direcção-Geral da Saúde.

Lisboa, M., Dias, A. L. T., Roque, A., Barroso, Z., Favita, A., Cerejo, D., et al. (2010). *Sistema Integrado de Informação e Conhecimento*. *Relatório Igualdade de género e tomada de decisão*. *Violência contra as mulheres, doméstica e de género*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Logan, J., Hill, H., Black, M., Crosby, A., Karch, D., Barnes, J., & Lubell, K. (2008). Characteristics of perpetrators in homicide-followed-by-suicide incidents: national violent death reporting system – 17 US States, 2003-2005. *American Journal of Epidemiology*, *168* (9), 1056-1064.

Logan, T. (2010). *Research on partner stalking: Putting the pieces together*. Lexington, KY: University of Kentucky, Department of Behavioral Science & Center on Drug and Alcohol Research.

Machado, I. (2008). *Rede social pessoal em vítimas de violência conjugal: Transformações desejadas*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Machado, C., Gonçalves, M. & Matos, M. (2008a). *Manual da Escala de Crenças sobre a Violência Conjugal (E.C.V.C.) e do Inventário de Violência Conjugal (I.V.C.)*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Machado, C. Gonçalves, M. & Matos, M. (2008b). *Manual da Escala de Crenças sobre Punição Física (E.C.P.F.) e do Inventário de Práticas Educativas Parentais (I.P.E.)*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Martins, C., Fonseca, I.M., & Costa, P. (2000). Uma avó e dois netos adolescentes: um "agregado" de problemas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *16*, 313-328.

Matos, A., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: Alguns dados sobre a sua fidelidade. *Psiquiatria Clínica*, *21* (3), 243-253.

Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Minho.

McFarlane, J., Campbell, J., Wilt, S., Sachs, C., Ulrich, Y., & Zu, X., (1999). Stalking and intimate partner femicide. *Homicide Studies*, *3*, 300-316.

McFarlane, J., Campbell, J., & Watson, K. (2002).Intimate Partner Stalking and Femicide: Urgent Implications for Women's Safety. *Behavioral Sciences and The Law*, *20*, 51–68.

McGoldrick, M. & Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa.

Melton, H. (2007). Predicting the occurrence of stalking in relationships characterized by domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *22* (1), 3-25.

Mezey, G. C. (1997). Domestic violence in pregnancy. In S. Bewley, J.

Friend, & G. C. Mezey (Eds.), *Violence against women* (pp. 191-198). London: RCOG Press.

Millon, T. & Davis, R., & Millon, C. (2007). *MCMI-III, Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III, Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

Millon, T., Davis, R., Millon, C., & Grossman, S. (s.d.). The Millon Clinical Multiaxial Inventory – III, third edition (MCMI-III) (2009) with new norms and updated scoring. Disponível em http://www.millon.net/instruments/MCMI_III.htm

Moscicki, E.K. (1995). Epidemiology of suicidal behavior. In M. M., Silverman & R. W., Maris (Eds.), *Suicide prevention: toward the year 2000* (pp. 22-35). New York: Guilford Press.

Mullen. P, Pathé, M., & Purcell, R. (2009). *Stalkers and Their Victims* (2ª Ed.). Cambridge: University Press.

Mullender, A. (1996). *Rethinking domestic violence: The Social Work and Probation response*. London: Routledge.

Organização Mundial de Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS.

Pais, E. (2010). *Homicídio conjugal em Portugal: rupturas violentas da conjugalidade* (2ª Ed.). Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda.

Peixoto, A. N., Lowenkron, T., Hassene, D. R., Vidal, M., & Cruz, A. (2009). Avanços nos Sistemas Classificatórios de Diagnóstico em Psiquiatria e sua Difusão no Brasil. Neurobiologia, *72* (3), 31-44.

Pereira, A. C. (2002). Genograma como Instrumento Diagnóstico na Transmissão Multigeracional da Violência em Familiares Vítimas de Violência na Cidade de São Paulo. *Psikhê – Revista do Curso de Psicologia do Centro Universitário FMU, 7* (2), 1-56.

Pimentel, I. & Alarcão, M. (2010). A violência nas relações de intimidade: simetrias e complementaridades nas narrativas de casais violentos acerca

dos significados da violência. *Mosaico*. *44* (1), 25-26.

Pimentel, I. (2011). *O ciúme numa perspectiva sistémica*. Estudo de caso. Monografia não publicada, apresentada à Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, com vista à passagem a membro efetivo.

Pio de Abreu, J. L., & Vaz Pato, M. L. (1981). A utilização de uma escala de rastreio em epidemiologia psiquiátrica. *Psiquiatria Clínica*, *2* (2), 129-133.

Puente, S. & Cohen, D. (2003). Jealousy and the meaning (or non meaning) of Violence. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 29(4). 449-460.

Rabbia, M. E. (s.d.). *La historia clínica familiar orientada por problemas, una herramienta de calidad para los servicios de salud*. Manuscrito não publicado. Instituto del Paraná.

Rasche, C. E. (1993). Given reasons for violence in intimate relationships. In A. Wilson (Ed.), *Homicide: The victim/offender connection* (pp. 75-100). Cincinnati, OH: Anderson.

Rebelo, L. (2007). Genograma Familiar. O bisturi do médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *23*, 309-317.

Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica*. Edições Afrontamento: Porto.

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Reviere, S., Farber, E., Towmey, H., Okun, A., Jackson, E., Zanville, H., & Kaslow, N. (2007). Intimate partner violence and suicidality in low-income african american women : A multimethod assessment of coping factors. *Violence Against Women*, *13* (11), 1113.

Richards, L. (2004). *Getting away with it: A strategic overview of domestic violence, sexual assault and serious incident analysis*. London: Metropolitan Police.

Ridge, E. (2008). Protecting animals: Domestic abuse and animal abuse linked. Michigan State University College of Law. Retirado de http://www.animallaw.info/articles/ddusdomesticviolence.htm

Roberts, G., Hegarty, K., & Feder, G. (2006). *Intimate Partner Abuse and Health Professionals, new approaches to domestic violence*. London: Elsevier.

Rodgers, K. (1994). Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, *14*, 1-22.

Rodrigues, J. (2009). *A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Roshan, R., & Rao, A. P. (2000). A study of relative contributions of the history, physical examination and investigations in making medical diagnosis. *Journal of the Association of Physicians of India*, 48(8), 771-5.

Sá, S. D. & Werlang, B. S. G. (2007). Homicidio seguido de suicidio. *Universitas Psychologica*, *6* (002), 231-244.

Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o Para-Suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse, Indústria Gráfica.

Saraiva, C. (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, *31* (3), pp.185-205.

Schuler, S. R., Hashemi, S. M., Riley, A. P. & Akhter, S. (1996). Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, *43*, 1729-1742.

Serra, A. V. (1988). Um estudo sobre coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, *9* (4), 301-316.

Serra, A. V. (1995). IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. In L. S. Almeida, M. R. Simões, & L. S. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (181-191). Braga: APPORT.

Scheinkman, M. & Werneck, D. (2010). Disarming Jealousy in Couples Relationships: A Multidimensional Approach. *Family Process*, *49* (4), 486-502.

Sharps, P. W., Campbell, J. C., Campbell, D., Gary, F., & Webster, D. (2001). The role of alcohol use in intimate partner femicide. *American Journal of Addictions, 10* (2), 1–14.

Sheridan, L., Blaauw, E., & Davies, G. (2003). Stalking: knowns and unknowns. *Trauma, Violence, & Abuse*, *4* (2), 148-162.

Showalter, C.R., Bonnie, R.J. & Roddy, V. (1980). The spousal homicide syndrome. *International Journal of Law and Psychiatry*, *3*, 117 – 141.

Sluzki, C. E. (1996). *La red social: Frontera de la practica sistemica*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Sluzki, C. E. (2000). Social network and the elderly. *Family Process, 39* (3), 271-284.

Stark, E. & Flitcraft, A. (1996). *Women at risk: Domestic Violence and Women's Health*. London: Sage Publications.

Sonkin, D. J., Martin. D. &Walter, L. (1985). *The male batterer: A treatment approach*. New York: Springer.

Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multi-problem poor families. *Journal of Social Work Practice, 19* (2), 159-175.

Sousa, L. & Alarcão, M. (2007). Quem apoia os imigrantes de leste em Portugal? Um estudo exploratório das suas redes sociais pessoais. *Psychologica, 45*, 171-194.

Stout, K. D. (1993). Intimate femicide: A study of men who have killed their mates. *Journal of Offender Rehabilitation, 19*, 81-94.

Stuart, E. P., & Campbell, J. C. (1989). Assessment of patterns of dangerousness with battered women. *Issues in Mental Health Nursing, 10* (3-4), 245-260.

Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, *8* (2), 125-136.

Torrado, P. (2006). *Mobilizar o potencial da rede para o processo de intervenção*. Manuscrito não publicado, Centro de Estudos Multiculturais da Universidade Internacional, Lisboa.

Torres, A., Cerqueira, A., & Dias, R. (1999). O ciúme enquanto sintoma do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(3), 158-173.

Thoits, P. A. (1995). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54* (4), 416-423.

Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). *Stalking in America: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC: National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention.

Tyagi, S. V. (2003). *Risk assessment measures in prediction of domestic / interpersonal violence – Brief overview of some measures and issues*. Toronto: Technical Paper Series Editor.

União de Mulheres Alternativa e Resposta. (2011). *OMA – Observatório de mulheres assassinadas da UMAR. Dados preliminares 2011*. Disponível em

http://umarfeminismos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=488&Itemid=150

Vaillant, G. E. (2002). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard Study of Adult Development*. Boston: Little, Brown and Company.

Vaz Serra, A. (1982). Considerações Clínicas sobre o Ciúme mórbido. *Psiquiatria Clínica*. *3* (4). 163-173.

Velasco, M. L. & Sinibaldi, J. F. (s.d.). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias, y creencias)*. Mexico: Ed. El Manual Moderno.

Vicente, H., Paixão, R., Redondo, J., Sousa, B. A. Erotomania. (2008). Parte I: De Clérambault a Jaspers, Lacan e Freud. *Revista de Saúde Mental*, *10* (5), 36-43.

Vicente, H. T. (2010). *Família multigeracional e relações intergeracionais: Perspectiva sistémica*. Tese de doutoramento não publicada, Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Violence Against Women Grants Office. (1998). *Stalking and Domestic Violence - The Third Annual Report to Congress under the Violence Against Women Act*. Retirado de https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/172204.pdf

Violence Against Women Online Resources (VAWOR). (2010). *The Facts about Stalking*. Disponível em http://www.vaw.umn.edu/documents/inbriefs/stalking/stalking.pdf

Walby, S. & Myhill, A. (2000). *Reducing domestic violence ... what works? Assessing and managing the risk of domestic violence*. Policing and Reducing Crime Unit: Crime Reduction Research Series.

Wallace, A. (1986). *Homicide: The Social Reality*. Sydney, Australia: New

South Wales Bureau of Crime and Statistics.

Watt, K. A. (2008). Understanding risk factors for intimate partner femicide: The role of domestic violence fatality review teams. In A. C. Baldry & F. W. Winkel (Eds.), *Intimate partner violence prevention and intervention: The risk assessment and management approach* (pp. 45-60). New York: Nova Science Publishers.

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence* (Version 2). Vancouver, British Columbia, Canada: Simon Fraser University.

Wiebe, D. J. (2003). Homicide and suicide risks associated with firearms in the home: a national case-control study. Annals of Emergency Medicine, 41, 771-782.

Wilson, M., Daly, M., & Wright, C. (1993). Uxoricide in Canada: demographic risk patterns. *Canadian Journal of Criminology,* 35, 263-291.

Wright, L. M. & Leahey, M. (1984). *Nurses and Families: a guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Zimmerman, K. (1995). *Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia*. *A summary*. PhnomPenh: Project Against Domestic Violence.

Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, *12* (6), 371-379.

# 5. SARAR: Referenciar

## 5.1. Do "silo" à intervenção em rede

Representando a violência entre parceiros íntimos (VPI) uma problemática que, aos mais diversos níveis de "leitura" e compreensão, é "multifacetada", defende-se neste documento a importância de abordar a situação privilegiando uma intervenção multidisciplinar, multissetorial e em rede (envolvendo redes primárias e secundárias) que, a par com a proteção e o apoio às vítimas e com a intervenção junto do agressor, promova a não-violência. Como já foi referido na Parte I, as redes primárias e secundárias constituem dois níveis diferentes de estruturação das relações sociais: as primeiras menos estruturadas e mais frágeis, onde se definem e elaboram as necessidades; as redes secundárias mais estruturadas e estáveis, responsáveis pela produção dos serviços, destinados a responder a tais necessidades[1].

Quando falamos em intervenção em rede, quais os objetivos de tal intervenção? No global, poderemos afirmar que a intervenção em rede visa, fundamentalmente, ajudar as pessoas a criarem laços de partilha e de "conforto" afetivo, capazes de contribuírem para as ajudar a

[1]As redes secundárias incluem as redes secundárias não formais — simultaneamente "fornecedores" e "consumidores" dos serviços que produzem — e as redes secundárias formais, essencialmente "fornecedores" de serviços.

enfrentar e a ultrapassar a crise presente, a próxima crise, e as inevitabilidades da vida.

Como intervir para alcançar tais objetivos? Embora a multidisciplinaridade garanta, teoricamente, uma abordagem global do indivíduo e do seu meio, existe por vezes, na prática, a tendência a instalar-se perante o "sofrimento" uma divisão do trabalho (intervenção em "silo"), o que origina, de acordo com as necessidades inventariadas, que estas sejam referenciadas a instituições e técnicos com diferentes especificidades e formações. No seu ponto de "(des)articulação", estas várias dimensões são descodificadas em termos diferentes — quando se trata de abordar o psíquico, o social ou o biológico — e cada classe de interventores e cada interventor, partindo do seu próprio sistema de "valores" — ao elaborar setorialmente as soluções — potencia a cisão das intervenções. Deste modo, a ligação que prevalece não é fundamentada nas necessidades d@(s) utente(s) dos serviços, mas em função de uma conceção clivada do indivíduo e do coletivo. Neste contexto, as "mudanças" inscritas, poderão tornar-se ilusórias, e traduzirem-se em "mudar alguma coisa para ficar tudo na mesma" (ou pior), a par com a institucionalização do pedido de ajuda.

Conforme nos diz Watzlawick, Beavin e Jackson (1967, p. 18) "um fenómeno permanece inexplicável enquanto o âmbito de observação não for suficientemente amplo para incluir o contexto onde esse fenómeno ocorre (…) Se os limites da investigação forem ampliados, de modo a incluir os efeitos desse comportamento sobre outros, as

reações destes aquele e o contexto em que tudo isto ocorre, o foco transfere-se da mónade artificialmente isolada para as partes de um sistema muito mais vasto". Tal atitude, res-historizando o sofrimento e ajudando a sair de uma realidade monolítica a que uma abordagem racionalista poderá conduzir, permitirá abraçar as narrativas alargadas do sofrimento e uma outra leitura e compreensão da crise. Neste enquadramento, torna-se necessária uma mudança de estratégia e de atitudes por parte das instituições e dos seus técnicos, cujo enfoque privilegie um todo em simultâneo, em que as inter-relações são um eixo do mesmo trabalho. Esta mudança de atitude implica, necessariamente, opções diferentes e uma mudança de perspetiva espacio-temporal. Impõe-se assim, como primeiro movimento, "sair dos gabinetes" e, através da inscrição de uma presença quotidiana nas redes em que se intervém, procurar favorecer a "construção" de alternativas à intervenção institucional, tornando tal processo explícito.

## 5.2. Violência entre parceiros íntimos, profissionais de saúde e relação terapêutica

A violência em contextos de intimidade pode ser detetada, prevenida ou reduzida por profissionais de saúde atentos, que têm uma relação de proximidade com as comunidades que servem e que conhecem as pessoas destas comunidades. Conforme é referido pela OMS (World Health Organization [WHO], 2008, p. 50) "na prática, os clínicos

raramente falam com os seus doentes sobre as suas ansiedades, as suas crenças e a sua compreensão da doença, e raramente põem à sua apreciação as diferentes abordagens terapêuticas possíveis para o seu problema de saúde[2]. Limitam-se a prescrições técnicas simples, ignorando dimensões humanas complexas que são críticas para a adequação e a efetividade dos cuidados que prestam[3]".

Segundo a mesma organização (WHO, 2008, p. 49), "a falta de consideração à pessoa na sua totalidade, na sua especificidade familiar e no contexto da sua comunidade, leva a que, frequentemente, não sejam reconhecidos pelos técnicos de saúde aspetos importantes do problema de saúde que não são facilmente classificados em categorias reconhecidas de doenças". Importa pois "garantir uma abordagem holística que considere aspetos físicos, emocionais e sociais, o passado e o futuro de cada um e as realidades do contexto em que cada indivíduo vive".

Falamos de uma realidade onde é fundamental, ao nível dos Serviços de Saúde, uma atitude compreensiva em relação ao sofrimento e às limitações que enfrenta a pessoa que procura ajuda. Os profissionais dos serviços de saúde, como refere a OMS (WHO, 2008, p. 45), "têm que assumir a responsabilidade de cuidar das pessoas durante o decurso das suas vidas, como indivíduos e como membros de uma

[2] Leitura sugerida no mesmo documento sobre este assunto: Bergeson, S. & Dean, J. (2006). A systems approach to patient-centered care. *JAMA*, *296* (23), 2848 – 2851.

[3] Leitura sugerida no mesmo documento sobre este assunto: Kravitz, R. L., Hays, R. D., Sherbourne, C. D., DiMatteo, M. R., Rogers, W. H., Ordway, L., & Greenfield, S. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, *153* (16), 1869−1878.

família e de uma comunidade cuja saúde deve ser protegida e potenciada, e não cuidar, unicamente, de partes do corpo com sintomas ou de enfermidades que exigem tratamento". Visando orientar os cuidados primários de saúde para a pessoa, considera a OMS (WHO, 2008) como estratégias fundamentais a adotar pelos profissionais:

- Centrarem-se nas necessidades da saúde;
- Privilegiarem uma relação personalizada que perdure no tempo;
- Defenderem a compreensividade, continuidade e orientação para a pessoa;
- Assumirem a responsabilidade pela saúde de todos na comunidade durante o ciclo de vida; responsabilidade pelo combate aos determinantes da doença;
- Reconhecerem que as pessoas são parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade.

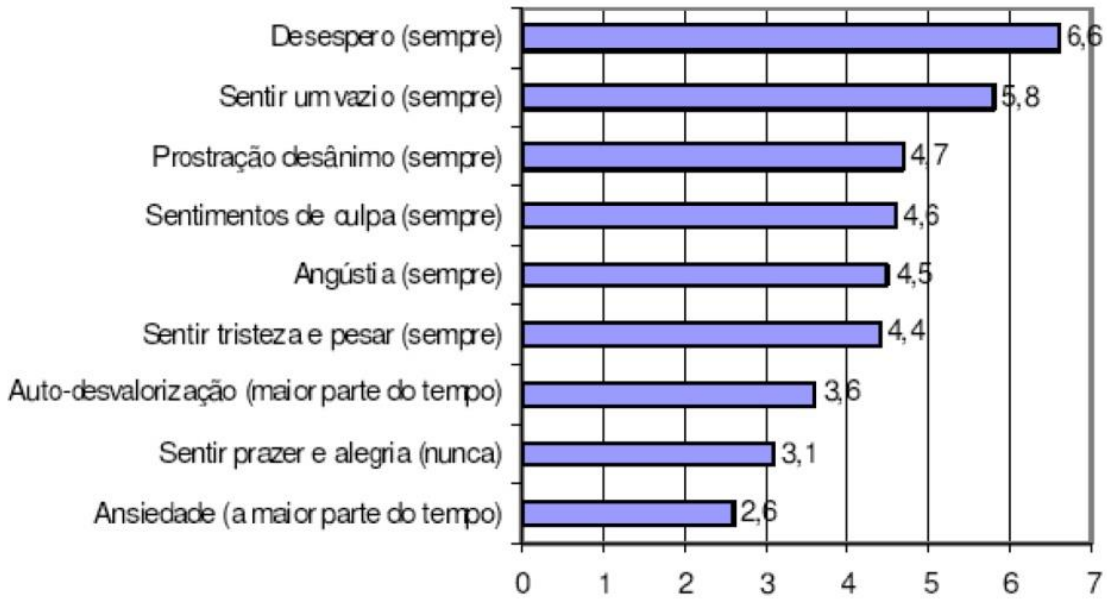
Lembrarmo-nos do que se passa na "alma" de quem sofre violência em contextos de intimidade poderá ajudar-nos não só a prevenir a revitimização, como também a reforçar os laços e a confiança com quem sofre, potenciando a nossa capacidade para compreender os silêncios, os medos e a ambivalência associados às grandes decisões a tomar pela vítima quando esta pretende pôr cobro à violência, tal como ilustra o seguinte excerto do livro O Diário do Medo, de Elena Stoyanova (2003):

*Esta noite nem tenho ar para um suspiro. Não tenho tempo, a minha vida está a parar. Só sinto horror e medo. Há uma mancha negra que interrompe o meu destino e me mata. Tenho medo e isso é tudo o que sinto (...) Para onde vou? Que faço? Neste momento (...) necessito de ajuda, mas não tenho ninguém em quem confiar. Pode ser que a culpa seja minha (...) talvez eu seja uma tonta uma inadaptada, alguém que não entende nada da vida. Talvez ele tenha razão, talvez ele me conheça muito bem (...) Estou entre quatro paredes e nada mais, com o meu medo (...) Que faço? Não consigo pensar, passaram cinco minutos e não posso esperar mais. Ele vai voltar, o amanhã já não existe (...) Deverei telefonar a alguém? E se a polícia me diz que não é caso para alarme? E se ninguém acreditar em mim? (...) Faltam-me forças para contar tudo e para ordenar as coisas na mente (...) estou tão ferida e privada de opinião própria que tenho medo de falar (...) Ele dizia sempre que se eu me portasse bem nada aconteceria e afinal agora só posso confiar em desconhecidos (...) Afinal sou eu a culpada, fui eu que o provoquei. Como? Não sei (...) Sou culpada (...) Aquilo onde cheguei por amor? Não me apaixonarei por mais ninguém. Ninguém (...) Agora vou dormir, que é muito tarde (...) mas tenho medo (...) tenho medo de tudo (...) não quero pensar (...) É melhor não adormecer.*

O impacto da violência faz-se sentir das mais diversas formas nas vítimas, nomeadamente ao nível emocional, da autoestima e da autoconfiança. No seu estudo, Lisboa, Vicente e Barroso (2005) verificaram que uma mulher vítima de violência tinha mais

probabilidades de manifestar um dos seguintes sintomas (ver Figura 1), quando comparada com uma não vítima:

**Figura 1. Sintomatologia manifestada pelas vítimas**
(retirado de Lisboa, Vicente & Barroso, 2005, p. 40)




A responsabilização e culpabilização assumidas pela vítima, no contexto do ciclo da violência, ajudam também a compreender o posicionamento da mesma relativamente ao *in*/*out* da situação assim como o "porquê" de não assumir as mesmas decisões[4] e estratégias ao longo da evolução da situação. Segundo Leonore Walker (1979)[5], a

[4] A vítima após a agressão poderá, por exemplo, pedir ajuda às forças de segurança mas, posteriormente, por vezes num curto espaço de tempo, abandona a decisão de prosseguir com o pedido de ajuda afirmando que "agora está tudo bem... ele mudou muito… está uma pessoa diferente... já não vale a pena fazer mais nada… não irão acontecer mais problemas".

[5] Existem várias teorias para tentar explicar as dinâmicas subjacentes à violência entre parceiros íntimos. Historicamente o ciclo da violência representa o primeiro "modelo" de leitura para esta problemática.

violência doméstica poderá evoluir por ciclos de duração e frequência variáveis (tensão; agressão; negação/minimização; "lua de mel"). Consoante as fases do ciclo a mulher não exprimirá as mesmas queixas e não desejará as mesmas coisas. O amor (pelo parceiro), a esperança (que ele mudará um dia), e o medo (que as ameaças se tornem realidade), representam "ingredientes" que ajudam a manter este ciclo, dificultando a "saída" da relação violenta (ver Quadro 1).

**Quadro 1. Ciclo da Violência**

| **TENSÃO** *associada a:* | **Agressor** | **Vítima** |
|---|---|---|
| Conflitos, divergências, educação dos filhos, relacionamento familiar, opções orçamentais, decisões da vida da família, divergências de opinião, gravidez. | Tensão;<br>Frustração;<br>Insatisfação;<br>Ameaça. | Temor;<br>Medo. |

| **AGRESSÃO** | **Agressor** | **Vítima** |
|---|---|---|
| Verbal;<br>Psicológica;<br>Física;<br>Sexual. | Recurso à Violência. | Cólera;<br>Humilhação;<br>Tristeza;<br>Impotência;<br>Desespero. |

| **NEGAÇÃO** | **Agressor** | **Vítima** |
|---|---|---|
| dos "efeitos" da Violência. | Negação da gravidade dos factos;<br>Desresponsabilização;<br>Transferência da responsabilidade para a vítima. | Responsabilização;<br>Culpabilização. |

| **"LUA de MEL"** | **Agressor** | **Vítima** |
|---|---|---|
| Promessas;<br>Prendas;<br>Saídas;<br>Flores. | Procura desculpar-se da sua conduta; obter o perdão. | Expectativas de mudança;<br>Recomeço da esperança;<br>Esquecimento da vivência violenta;<br>Esforços para minimizar, desculpar, negar os factos. |

Tendo em conta o anteriormente referenciado, é também importante lembrar — como referem Miller, Duncan e Hubble (1997, 2004) — que existem quatro características comuns que contribuem para uma mudança bem-sucedida e previsível:

- 40% da variância da mudança deve-se a fatores extraterapêuticos (tais como história de vida, resiliência, motivação para a mudança, rede suporte, ...);
- 30% deve-se à relação terapêutica utente/terapeuta (isso inclui a qualidade da participação do utente na relação terapêutica);
- 15% deve-se à atitude do terapeuta relativamente à capacidade para transmitir esperança a quem sofre;
- 15% é atribuída à técnica adotada no processo de mudança.

É importante ter tempo para escutar a história de quem sofre. Contar a sua "história" ajudará a vítima a compreender o vivido associado à violência, as suas reações emocionais e comportamentais e o quadro da sua psicopatologia atual, garantindo, em simultâneo: o sentimento de que a sua experiência é reconhecida e validada; a possibilidade de assumir um novo e melhor reconhecimento do perigo que corre; a hipótese de elaborar estratégias para a sua proteção; e a possibilidade de começar a perceber as dinâmicas subjacentes à violência. Como refere Morris (2000), "há poucas formas mais claras de exprimir desrespeito por outras pessoas do que não ouvir aquilo que dizem (…) Quando fazemos orelhas moucas (…) quebramos a comunhão, eliminamos aquele que fala do nosso campo de ação". Tendo em conta que nem sempre dispomos do tempo que "a história de uma vida

necessita para ser ouvida", de acordo com a nossa experiência, é fundamental poder garantir, após o primeiro contacto, uma nova oportunidade de encontro; tal atitude representará um contributo muito importante para a vítima sentir que se "abriu uma porta e se acendeu uma luz" relativamente ao seu problema de violência.

A orientação para a pessoa (do micro ao macrossistema) transforma-se num "método clínico com participação democrática" (Marincowitz & Fehrsen, 1998), melhorando a qualidade dos cuidado e a qualidade de vida daqueles que beneficiam de tais cuidados. Refere a OMS (WHO, 2008, p. 44), que "o reconhecimento insuficiente da dimensão humana na saúde e da necessidade de adaptar a resposta dos serviços de saúde às especificidades de cada comunidade e de cada situação individual representam a maior limitação dos cuidados de saúde contemporâneos, resultando não somente em iniquidades e resultados sociais adversos, mas reduzindo também os ganhos em saúde expectáveis do investimento nos serviços de saúde". Colocar perguntas sobre o sofrimento e como é que este afeta as vidas de quem o sofre, em vez de centrar a atenção diretamente na "construção da síndrome", aumenta a confiança de quem sofre no profissional de saúde e o potencial para cumprir com a estratégia terapêutica definida (Fiscella, et al., 2004).

## 5.3. Elaboração diagnóstica, multidisciplinaridade, multissetorialidade e cuidados compreensivos e integrados

Tendo em vista a referenciação da "situação-problema", refere a OMS (WHO, 2008, p.51) que "a diversidade das necessidades e dos desafios de saúde que as pessoas enfrentam não se encaixam necessariamente nas categorias de diagnósticos descritas em livros de promoção da saúde ou de cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação[6]. Elas exigem a mobilização de uma bateria compreensiva de recursos, que podem incluir desde intervenções de promoção da saúde e de prevenção da doença, até procedimentos de diagnóstico e tratamento ou a referenciação a serviços mais diferenciados, a cuidados domiciliários para doenças crónicas ou prolongadas e, em alguns modelos, de serviços sociais[7]". É no ponto de entrada no sistema de saúde, onde as pessoas se apresentam em "primeira mão" com o seu problema, que se faz sentir uma maior necessidade de uma oferta compreensiva e integrada de cuidados. "Cuidados compreensivos e integrados para o conjunto dos problemas de saúde

[6] Leituras sugeridas no mesmo documento sobre este assunto:

Stange, K. C. (2002). The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*, *14* (4), 267−268.

Gill, J. M. (2004). The structure of primary care: framing a big picture. *Family Medicine*, *36* (1), 65−68.

[7] Leitura sugerida no mesmo documento sobre este assunto: Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. (2008). *Pan-Canadian primary health care indicators, Report 1, Volume 1*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information (disponível em http://www.cihi.ca).

na comunidade são mais eficientes, contribuindo para um melhor conhecimento da população e para um ambiente em que impera uma maior confiança nos serviços. Num contexto de compreensividade as atividades reforçam-se mutuamente. Os serviços de saúde que oferecem um conjunto de serviços compreensivos (...) previnem complicações e melhoram os resultados de saúde" (WHO, 2008, p.52).

## 5.4. Da sinalização à intervenção na fase aguda da situação de crise

Perante uma situação de violência, representam a "pedra de toque" para uma resposta adequada e atempada a vítimas e agressores:

• A sinalização e a avaliação precoces (incluindo a avaliação do risco/ perigo) da problemática de violência e dos "atores" envolvidos[8];

• Estratégias que possibilitem a obtenção do máximo de informação possível, incluindo a avaliação dos fatores de proteção (redes);

• Informar a vítima sobre os seus direitos e sobre as respostas existentes na comunidade relativamente à problemática da VPI;

• Poder dispor de uma ampla gama de serviços[9], pois as necessidades

[8] Quanto mais rapidamente for sinalizado o "problema" e implementada a intervenção, melhor o prognóstico da situação.

[9] Falamos de uma realidade onde as necessidades dos subsistemas em crise implicam, ao nível dos serviços, a importância de ampliar o contexto da intervenção, reforçar articulações multidisciplinares e multissetoriais e assumir novas atitudes e práticas, onde é importante que todos saibam de tudo, todos tenham igual responsabilidade e se assegure a transparência (Redondo, Fernandes, Toscano, Rafael, & Marques, 1996).

associadas a situações de violência são múltiplas e variadas, diferindo nas várias fases da evolução da situação;

• Uma intervenção imediata visando quebrar o "ciclo da violência" e garantir a proteção da vítima (incluindo: apoio clínico e psicológico, suporte judicial, avaliação forense se necessário, apoio social);

• Na continuidade da intervenção reforçar a importância de garantir a acessibilidade e personalização dos cuidados, para vítimas e agressores. Tais garantias previnem a revitimização, assim como a "empurroterapia" e a burocratização na oferta dos mesmos e potenciam a motivação para a mudança.

A colaboração mais estreita, visando conciliar cuidados e estratégias, representa um trabalho lento e difícil, que se depara por vezes com obstáculos diversos. Exige aos técnicos envolvidos a adoção de uma atitude mais realista que privilegie a solidariedade e a interdependência, renuncie a uma lógica diretivista e onde cada "pequena mudança" vale tanto como se de uma "grande mudança" se tratasse, aceitando-se que cada retrocesso não significará necessariamente uma derrota, honrando-se sempre os compromissos assumidos. Originando com alguma facilidade desacordos, que assumindo, por vezes, escaladas simétricas ou complementares, reforçam resistências e estereótipos anteriormente assumidos, exige um grande esforço organizativo e uma preocupação contínua de rigor[10].

[10] Os modelos teóricos e as estratégias de intervenção adotadas são postos à prova

Visando responder da forma mais adequada às reais necessidades associadas ao caso-a-caso, é fundamental que os técnicos estejam capacitados para a "leitura" e compreensão da problemática da violência doméstica assim como para o reconhecimento em si mesmos das suas próprias histórias de violência. O reconhecimento e análise destas relações exigem, para além de informação e análise pessoal, a capacidade de articular estes aspetos com os afetivos que surgem na relação com a problemática da violência.

Partindo da informação disponível, importa agora definir a estratégia que irá pôr cobro à situação de violência e possibilitar o encaminhamento/intervenção junto da(s) vítima(s) e do(s) agressor(es). No quadro seguinte (ver Quadro 2) procuramos resumir as várias fases deste "processo":

**Quadro 2. Da identificação ao encaminhamento**

| | |
|---|---|
| **1. Identificar o "problema"** | |
| **2. Fazer o diagnóstico da situação** | Elaborar o diagnóstico da situação, incluindo a avaliação do risco/perigo;<br>Avaliar as necessidades associadas às problemáticas diagnosticadas. |
| **3. Planear a estratégia** | Procurar conhecer as redes primárias e os recursos disponíveis na comunidade;<br>Agilizar a acessibilidade/articulação;<br>Proteger a vítima. |

não pela sua eficácia imediata, mas pela evolução das texturas sociais, organizacionais e institucionais em que atuamos. Relativamente à avaliação da intervenção, para além dos resultados "objetivos" das estratégias adotadas, é fundamental avaliar a qualidade humana da mesma.

| | |
|---|---|
| **4. Intervir/Encaminhar** | Codefinir os diferentes "passos"/estratégias;<br>Codefinir o papel dos técnicos e dos serviços. |
| **5. Avaliar** | Sempre que necessário corredefinir<br>- Os diferentes "passos"/estratégias;<br>- O papel dos técnicos e dos serviços. |

Visando ajudar a definir as necessidades associadas a cada caso importa reavaliar:

• O que sabemos acerca da situação que motivou a vinda ao serviço de saúde[11]? Quem são os "atores sociais" envolvidos? Quem, no sistema em crise, reconhece que há violência familiar/entre parceiros íntimos? Quem acha que é vitima? E agressor?

• A vítima e/ou o agressor sofrem de alguma doença? Do foro psiquiátrico? Do foro orgânico?

• A situação comporta risco? Perigo?

• Os filhos (menores) estão expostos à violência? Direta ou indiretamente?

• Estrategicamente o que é que já foi concretizado com vista a pôr cobro à violência? Quem são as instituições e/ou os serviços envolvidos? E os técnicos? Temos os contactos? Que facilidades e dificuldades foram encontradas?

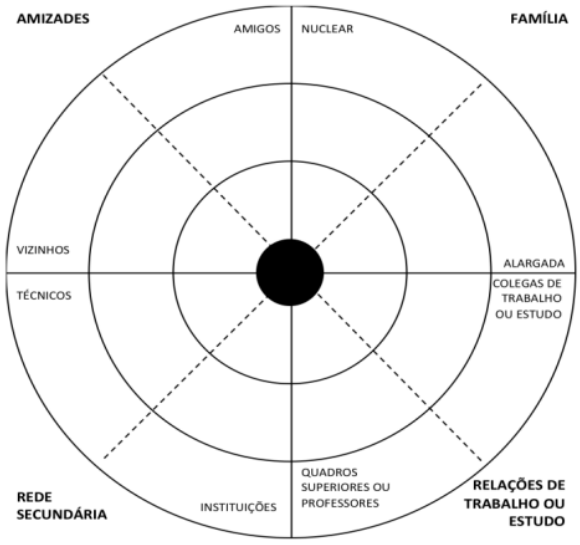
• Etc.

[11] No registo clínico deverá constar um registo completo e pormenorizado das lesões e patologias observadas.

Tendo em conta a informação já recolhida e visando agora definir, no caso-a-caso, a estratégia a implementar, vejamos alguns aspetos que importa refletir:

- Que necessidades foram diagnosticadas?
- Quais os serviços e/ou as instituições da comunidade que lhes poderão responder? Conhecemos os profissionais já envolvidos e a envolver? Temos os contactos? Podemos, a qualquer momento, contactá-los telefonicamente e trocarmos impressões sobre o caso?
- Nas redes primárias com quem poderemos contar?
- O que "nos diz" o nosso mapa de rede? E o genograma? Etc.

**Figura 2. Mapa de rede**




Tendo em conta o anteriormente referenciado neste manual, e as múltiplas problemáticas e necessidades associadas às situações de violência, a par com a intervenção dos **Serviços de Saúde** (Cuidados

do Saúde Primários[12], Serviço de Urgência, Maternidade, Serviço de Psiquiatria, etc.) passamos a apresentar algumas notas breves sobre as potenciais redes secundárias a contactar:

• Se @ utente solicitar intervenção imediata das forças de segurança (e tendo em conta o risco ou perigo associado à situação de violência) encaminhe-@ para o posto da **Polícia de Segurança Pública**[13] ou da **Guarda Nacional Republicana**[14] mais próximo ou peça a colaboração de um agente no local onde se encontram. "É fundamental que as vítimas de crime exerçam o seu direito de apresentação de denúncia crime, para dar início à resolução do problema da violência doméstica" (in *site* da PSP).

• Poderá ter apoio judicial através da referenciação para o **Ministério Público**[15] e/ou, caso haja necessidade, para os serviços da **Segurança**

---

[12] Na medicina familiar o mesmo médico poderá cuidar da vítima e do agressor.Confidencialidade e segurança são essenciais. Para tal, entre outras atitudes, importa:
- Discutir a situação de violência com o agressor somente com a autorização da vítima;
- Antes de o fazer, desenvolver um plano de segurança com aquela;
- Clarificar com o casal quais os contactos de cada um deles para o envio de informações;
- Não "partilhar" informações com ambos, sobre cada um deles;
- Avaliar sistematicamente a segurança da vítima e em caso de perigo intervir;
- Se se tornar difícil "lidar" com ambos, referenciar a vítima ou o agressor a um outro colega.

[13] Ler mais no *site* da **Polícia de Segurança Pública** (http://www.psp.pt/)

[14] Ler mais no *site* da **Guarda Nacional Republicana** — Núcleo de Investigação e de Apoio a Vítimas Específicas (NIAVE) (http://www.gnr.pt/)

[15] Sobre este assunto poderá ler mais no *site* da **Procuradoria-Geral da República** (www.pgr.pt)

**Social**[16] da sua área de residência, visando a requisição de um advogado oficioso. Tendo em conta o perigo associado à situação, ponderar a eventual integração em Casa Abrigo. Esta representa uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste no acolhimento temporário a mulheres vítimas de violência, acompanhadas ou não de filhos menores, que não possam, por questões de segurança, permanecer nas suas residências habituais. Tem como objetivos (a) acolher temporariamente as utilizadoras e as crianças, tendo em vista a proteção da sua integridade física e psicológica; (b) proporcionar às utilizadoras e às crianças as condições necessárias à sua educação, saúde e bem-estar integral, num ambiente de tranquilidade e segurança; (c) promover a aquisição de competências pessoais, profissionais e sociais das utilizadoras; (d) proporcionar, através dos mecanismos adequados, a reorganização das suas vidas, visando a respetiva reinserção familiar, social e profissional.

• Se existirem crianças e/ou jovens[17], vítimas diretas ou indiretas da violência, sinalizar a situação à **Comissão de Protecção de Crianças e Jovens**[18] da área de residência da família se se tratar de uma situação

[16] Sobre este assunto poderá ler mais no *site* da **Segurança Social** (Pessoas Vítimas de Violência Doméstica - Respostas Sociais) (http://www2.seg-social.pt/)

[17] Quando há violência contra a mãe, pode haver também violência contra os filhos. Identificar as mães vítimas de violência pode ser o melhor meio de proteger os seus filhos; em algumas situações não vão à consulta pedir ajuda para si, vão sim pelos seus filhos. Em alguns casos o Pediatra poderá ser o único médico consultado pela(s) vítima(s).

[18] Ler mais no *site* da **Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco** (http://www.cnpcjr.pt/)

de perigo[19]. Se se tratar de uma situação de risco sinalize aos **Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco**[20].

[19] "Os conceitos de risco e de perigo podem ser interpretados em diferentes dimensões (científica, política, social, económica) (Kolluru, 1996) e os estudos relativos ao tema podem ser conduzidos segundo a abordagem quantitativa e/ou qualitativa (Sharit, 1999)" (Fischer, Guimarães & Schaffer, 2002, p. 1). O seguinte quadro, sobre a distinção de risco e perigo, foi retirado de Fischer, Guimarães & Schaffer (2002, p. 4):

| **Risco** | **Perigo** |
|---|---|
| "Risco é a probabilidade ou chance de lesão ou morte" (Sanders & McCormick, 1993, p. 675). | "Perigo é uma condição ou um conjunto de circunstâncias que têm o potencial de causar ou contribuir para uma lesão ou morte" (Sanders & McCormick, 1993, p. 675). |
| Risco "(...) é uma função da natureza do perigo, acessibilidade ou acesso de contato (potencial de exposição), características da população exposta (recetores), a probabilidade de ocorrência e a magnitude da exposição e das consequências (...)" (Kolluru, 1996, p. 110). | "Um perigo é um agente químico, biológico ou físico (incluindo-se a radiação eletromagnética) ou um conjunto de condições que apresentam uma fonte de risco mas não o risco em si" (Kolluru, 1996, p. 1.13). |
| " (…) risco é um resultado medido do efeito potencial do perigo" (Shinar, Gurion & Flascher, 1991, p. 1095). | Perigo é a situação que contém "uma fonte de energia ou de fatores fisiológicos e de comportamento/conduta que, quando não controlados, conduzem a eventos/ocorrências prejudiciais/nocivas" (Shinar, Gurion e Flascher,1991, p. 1095, apud. Grimaldi e Simonds, 1984, p. 236). |
| "Possibilidade de perigo, incertos mas previsíveis, que ameaça de dano a pessoa ou coisa" (Michaelis, 2002). | "Situação que prenuncia um mal para alguém ou para alguma coisa. (…) Risco, inconveniente" (Michaelis, 2002). |

[20] Despacho n.º 31292/2008 (*Diário da República, 2.ª série — N.º 236 — 5 de Dezembro de 2008)*.

"3.3 — Os centros de saúde e hospitais com atendimento pediátrico devem dispor de equipas pluridisciplinares, designadas por **núcleos de apoio a crianças e jovens em risco** (NACJR), no primeiro caso, e por **núcleos hospitalares de apoio a crianças e jovens em risco** (NHACJR), no segundo, que apoiem os profissionais nas intervenções neste domínio, articulando-se e cooperando com outros serviços e instituições.

Para o efeito:

• Se existirem idosos expostos a violência, comunique a situação às autoridades policiais ou aos serviços do Ministério Público, assim como aos serviços de Saúde e aos da Segurança Social da área de residência da família[21].

• Relativamente à **investigação médico-legal**, a violência doméstica é um crime autónomo e tem natureza pública. Assim, desde que as autoridades tenham conhecimento do episódio, é ordenado o inquérito de imediato, independentemente da vontade dos interessados. Neste enquadramento a vítima de violência doméstica não é obrigada a apresentar queixa ou a confirmar a agressão, obviamente terá de se disponibilizar para exame médico-legal, para que a prova material do crime exista. Nas áreas de Lisboa, Porto e Coimbra as vítimas devem dirigir-se para exame médico-legal às respetivas Delegações do Sul,

---

*a*) …

*b*) No sector dos cuidados primários, cada NACJR é composto, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e outro(s) profissional(ais) de saúde, designadamente, das áreas de saúde mental e ou do serviço social e que se identifiquem com os objectivos propostos;

*c*) …

*d*) Nos hospitais com atendimento pediátrico, o NAHCJR, é composto, no mínimo, por um médico pediatra, um enfermeiro e um técnico de serviço social, devendo, sempre que possível, integrar um profissional de saúde mental e ou de outros sectores, nomeadamente, do jurídico, com formação na área;

*e*) …"

[21] Sobre este assunto ler: Worl Health Organization. (2008). *A Global Response to Elder Abuse and Neglect - Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main report*. Genéve: WHO. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/elder_abuse/en/index.html

Norte e Centro. Fora destas áreas há Gabinetes Médico-Legais[22] espalhados por todo o pais a funcionar junto dos hospitais.

• No caso-a-caso, tendo em conta as necessidades associadas, poderá recorrer a outros setores da comunidade, como, por exemplo, a **APAV**[23] (cujo Gabinete de Apoio à Vítima em Coimbra integra o Grupo V!!! desde a sua formação); a **UMAR**[24] - União de Mulheres Alternativa e Resposta; ou a **AMCV**[25] – Associação de Mulheres Contra a Violência.

Outras questões importantes a considerar antes da vítima abandonar o gabinete:

• Marcar nova consulta ou, se não for possível, propor (por exemplo) contacto telefónico posterior, visando reavaliar a situação. Neste

[22] Ler mais sobre o Instituto Nacional de Medicina legal em http://www.inml.mj.pt/inml.html

[23] A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) é uma instituição particular de solidariedade social, pessoa coletiva de utilidade pública, assente no voluntariado social. A missão primeira da APAV é apoiar as vítimas de crime, suas famílias e amigos, prestando-lhes serviços de qualidade, gratuitos e confidenciais e contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas, sociais e privadas centradas no estatuto da vítima.
Qualquer pessoa vítima de crime encontra na APAV o apoio que necessita: apoio emocional, prático, jurídico, social e psicológico para que possa lidar e ultrapassar as consequências de ter sido vítima de crime. Na área específica da Violência Doméstica, a APAV atende todas as vítimas, mulheres, homens, crianças e pessoas idosas vítimas de violência, promovendo a necessária articulação com outros serviços da comunidade. A APAV mantém duas Casas Abrigo para mulheres e crianças vítimas de violência. A APAV pode ser contactada pessoalmente, por telefone ou por escrito (carta ou *e-mail*) em cada um dos 15 Gabinetes.
Para mais informações: www.apav.pt ou através do número único APAV: 707 20 00 77 (dias úteis, das 10:00 às 13:00, das 14:00 às 17:00).

[24] Ler mais sobre a UMAR em http://www.umarfeminismos.org/

[25] Ler mais sobre a AMCV em http://www.amcv.org.pt/amcv_files/homemain.html

sentido importa não esquecer de recolher ou confirmar o(s) seu(s) contacto(s) seguro(s);

• Reiterar a informação acerca do plano de segurança[26], assim como relativamente à intervenção definida e às competências da sua rede de suporte.

## 5.5. Intervenção após a fase aguda da crise

Cumpridas as estratégias anteriormente definidas, e ultrapassada a fase aguda da crise, poderemos considerar que a vítima de violência saiu transitoriamente da situação de risco ou perigo.

Na fase pós-crise, ao nível de um serviço de saúde (por exemplo nos cuidados primários), a par com a reavaliação da situação[27] e o suporte aos vários atores sociais envolvidos na situação de violência, importa ter sempre presente a importância de garantir a segurança da(s) vítima(s).

Programas específicos para vítimas e/ou para agressores decorrerão em serviços de saúde com competências para tal, como é o caso do Serviço de Violência Familiar do CHUC.

[26] Como já referimos anteriormente, quando a vítima de violência permanece junto do agressor importa definir algumas estratégias para, em caso de perigo, poder rapidamente ultrapassar a situação. São exemplos de medidas de segurança: o fácil acesso a dinheiro e documentos pessoais e dos filhos, para a eventualidade de fuga; dispor dos números de telefones das forças de segurança locais, de familiares ou amigos; combinar códigos com familiares e amigos para comunicar em caso de agressão; esconder armas ou munições existentes em casa.

[27] Incluir sistematicamente, a par com a avaliação das estratégias definidas previamente, a avaliação do risco/perigo.

## 5.6. A importância da formação dos profissionais de saúde na mobilização/capacitação para implementar o *screening* e intervir em rede

Na nossa opinião, os profissionais de saúde, apesar de considerarem importante o papel dos serviços de saúde na sinalização/intervenção da violência familiar/entre parceiros íntimos, manifestam algumas dificuldades em lidar com esta problemática. É fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos às suas próprias ressonâncias internas acerca deste tipo de problemática e às suas representações e preconceitos acerca do género, raça, cultura, idade, orientação sexual, quando falam com vítimas de violência nas relações de intimidade. Este tipo de condicionantes pode interferir com a própria capacidade e disponibilidade do profissional para intervir nestas situações.Segundo alguns trabalhos publicados (British Medical Association, 1998; Nunes, 2003), referindo-se aos médicos, tais dificuldades estarão associadas:

- A falta de formação (académica e profissional);
- A um modelo que procura construir síndromes passíveis de poderem ser incluídas em categorias diagnósticas, objetivamente definidas e para as quais esteja estabelecida uma estratégia terapêutica precisa;
- Ao receio de invadir a intimidade d@s utentes;
- Ao desconforto na gestão da relação com as vítimas e agressores, mais sentida pelos médicos de família;

- Às limitações pessoais (medo, história pessoal de violência);
- Ao desconhecimento dos recursos existentes na comunidade ou a inexistência dos mesmos.

O Projeto de Intervenção em Rede (PIR 2009-2012), parceria da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género com a Administração Regional de Saúde do Centro e o Hospital Sobral Cid – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no qual também se enquadra o presente manual, permitiu formar equipas multidisciplinares, ao nível dos serviços de saúde, com principal enfoque nos cuidados primários de saúde (região centro do país), a par com a criação de redes multidisciplinares e multissetoriais, com "porta de entrada" nos cuidados de saúde. Permitindo ultrapassar algumas das dificuldades anteriormente referenciadas, torna possível uma sinalização e uma intervenção mais precoces relativamente à violência no contexto familiar, ao nível dos serviços de saúde.

## 5.7. Referências bibliográficas

British Medical Association. (1998). *Domestic violence: a health care issue?* London: John Wiley & Sons.

Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H. & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care*, *42* (11), 1049−1055.

Fischer, D., Guimarães, L. & Schaffer, C. (2002, Outubro). *Percepção de risco e perigo: um estudo qualitativo no setor da energia elétrica*. Comunicação apresentada no XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção Curitiba, Paraná. Disponível em http://www.producao.ufrgs.br/interna.asp?cod_tipo=3&cod_ctd=358&codmenu=328

Lisboa, M., Vicente, L. B. & Barroso, Z. (2005). *Saúde e Violência Contra as Mulheres*. *Estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa: SociNova – FCSH-UNL/Direcção-Geral da Saúde.

Marincowitz, G. & Fehrsen, G. S. (1998, Agosto). *Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process*. Comunicação apresentada no 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa.

Miller, S.D., Duncan, B., & Hubble, M. (1997). Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice. New York: Norton Professional Books.

Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2004). Beyond integration: The triumph of outcome over process in clinical practice. *Psychotherapy In Australia*, *10* (2), 2-19.

Morris, D. B. (2000). *Doença e cultura na era pós-moderna*. Lisboa: Piaget.

Nunes, A. S. (2003). Violência conjugal – o papel do médico de família. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, *19* (2), 141-147.

Redondo, J., Fernandes, V., Toscano, M., Rafael, O. & Marques, A. (1996).*"Deficiência Mental; Intervenção em Rede"*. In Revista da Associação para o Estudo, Reflexão e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental.

Stoyanova, E. (2003). *O Diário do Medo* (1ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of international patterns, pathologies, and paradoxes*. [Tradução brasileira, Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Editora Cultrix].

World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

*Parte III*

# Outras violências associadas ao contexto familiar. Do conceito à intervenção

# 1. Abuso e negligência de Crianças e Adolescentes

**Isabel Alberto**
**Anabela Fazendeiro**
**Beatriz Pena**
**Conceição Matias**

*"Cresci testemunhando violência doméstica. A minha mãe era espancada pelo meu pai. Quando ela não estava em casa, ele virava-se para mim e para os meus irmãos. Eu costumava sentar-me no meu quarto a ouvi-los a brigarem, (...) ouvia a minha mãe a chorar e sabia que ele lhe tinha batido. (...) naquela altura, com a idade que tinha, achava que aquilo era normal. Pensava que havia muitas famílias como a minha, mas agora, quando penso nisso, acho que estava a negar a realidade, porque eu nunca comentava nada com os meus amigos ou professores. Não consigo recordar-me da primeira vez que ele me bateu, mas consigo lembrar-me de quantas vezes isso aconteceu! Ele costumava ficar zangado e bater-me brutalmente ou puxar-me o cabelo. Depois, pedia desculpa e dizia-me que não me tratava daquela maneira se eu tivesse sido obediente. O inferno do meu irmão mais velho e da minha mãe era pior que o meu, mas acabava por me atingir também a mim, pois ao testemunhar e ouvir a dor deles, sentia-me como se tivesse levado um murro no estômago. Isto afetou-me? Em algumas coisas sim! No último ano comecei a automatizar-me para aliviar a dor que me persegue. Com a ajuda de amigos estou melhor, mas tenho um longo caminho para percorrer..."*

A história de J. (retirado de blog)

A OMS (WHO, 2010) defende que o maltrato infantil é um problema grave, com implicações no desenvolvimento e bem-estar pessoal das crianças, mas igualmente com custos elevados a nível familiar e comunitário, a nível relacional, económico e de saúde pública. Segundo dados da OMS (WHO, 2010) pesquisas internacionais indicam que aproximadamente 20% das mulheres e 5-10% dos homens relatam ter sido abusados sexualmente quando crianças, enquanto que 25-50% de todas as crianças terão sido fisicamente abusadas.

## 1.1. Definição de maltrato infantil

Segundo a OMS (WHO, 2006; 2010) o maltrato infantil engloba um leque variado de situações de negligência e/ou abuso, físico, emocional, sexual, bem como a exploração de crianças e adolescentes e a exposição à violência entre os seus pais, resultando em danos reais ou potenciais para o bem-estar, a sobrevivência, desenvolvimento e dignidade.

Os perpetradores podem ser pais e outros familiares, amigos, vizinhos, profissionais da educação e da saúde que se relacionam regularmente com a criança, figuras de autoridade como militares ou polícias, pessoas relacionadas com a religião, outras crianças e estranhos. O maltrato emerge geralmente no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder e pode resultar em reais

ou potenciais danos à saúde da criança, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade (Asmussen, 2010).

## 1.2. Breve resenha histórica

O maltrato infantil surge ao longo do percurso histórico da humanidade, embora só a partir do séc. XIX comece a ser conceptualizado. DeMause (1998, p.1) sustenta mesmo que há "evidência extensiva de que a história da infância tem sido um pesadelo, do qual só recentemente estamos a acordar (…) crianças têm sido mortas, rejeitadas, espancadas, aterrorizadas e sexualmente abusadas pelos seus cuidadores".

O maltrato infantil, na sua dimensão abusiva ou negligente não é um fenómeno recente e é transversal a todas as culturas, raças e épocas (Helfer & Kempe, 1987). O infanticídio, enquanto prática tolerada pelos pais e pela sociedade para a eliminação de indesejáveis existe desde a antiguidade e persistiu até finais do séc. XIX (Langer, 1973; Zigler & Hall, 1989). As crianças eram consideradas "propriedade" dos pais, que tinham o direito de destruir essa propriedade e, porque muitas sociedades não aceitavam a ilegitimidade, os filhos ilegítimos eram excluídos, abandonados e mortos.

É difícil identificar uma data e um acontecimento específicos que estabeleçam o iniciar do movimento de proteção da criança. Todavia, há um conjunto de marcos fundamentais para que este movimento se consolide:

• 1860, em França, o médico Ambroise Tardieu analisou os resultados de autópsias de 32 crianças com idades inferiores a 5 anos vítimas de morte violenta, que ele defendia terem morrido na sequência de abuso infantil e apresentou um conjunto de indicadores médicos e sociais que caracterizavam o abuso de crianças como uma síndrome.

• 1874, nos EUA, o caso de Mary Ellen é considerado um marco importante. Mary Ellen, com 10 anos, foi retirada do contexto familiar após uma longa história de abuso, com recurso à *American Society for the Prevention of Cruelty to Animals*, alegando-se o facto de a menina pertencer ao reino animal. Este caso mediático deu origem à criação da Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra Crianças em Nova Iorque.

• 1900, nos Estados Unidos, estavam criadas 161 Sociedades de proteção contra a crueldade.

• 1946, Caffey, radiologista pediátrico em Pittsburgh, publicou os resultados da sua investigação em que demonstrava que determinados hematomas e fraturas em crianças eram inconsistentes com os relatos dos pais, parecendo ter sido causados por pancadas, em algumas crianças, dadas de forma repetida.

•1960, em Portugal, a Revista Infância e Juventude inclui artigos sobre crianças maltratadas (Fontes, 1973).

• 1962, Henry Kempe emerge como o grande impulsionador na investigação e na sensibilização social e científica em torno da problemática do maltrato infantil através da publicação do artigo "The Battered Child Syndrome" no *Journal of American Medical*

*Association*, em colaboração com Silverman, Steele, Droegemueller e Silver alertam para o facto de um número significativo de pais e cuidadores espancarem os seus filhos, alguns até à morte.

• 1974, o Congresso Americano aprovou uma lei que constitui um marco legislativo: o *Child Abuse Prevention and Treatment Act*, que estabelecia financiamento para a investigação e prevenção na problemática do maltrato infantil. Esta lei conduziu ainda à criação do Centro Nacional sobre Abuso e Negligência (NCCAN).

• 1977, H. Kempe funda a *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*, que criou a *Child Abuse & Neglect*, a primeira revista de divulgação científica na área.

• 1980, o Centro de Estudo Judiciários inclui a temática do maltrato infantil nos cursos de formação inicial e, a partir de 1983, na formação permanente de magistrados (Leandro, 1989).

• 1984, o Conselho da Europa, na Resolução 14, reconhece que o "maltrato e a violência no seio da família constituem um problema crítico com graves repercussões físicas e psicológicas sobre os seus membros, em especial sobre os jovens" (Infância e Juventude, 1986, p. 60).

• 1986, o Congresso aprovou o *Child Abuse Victims' Rights Act,* reconhecendo às crianças vítimas de exploração sexual, a possibilidade de reivindicação de dano civil.

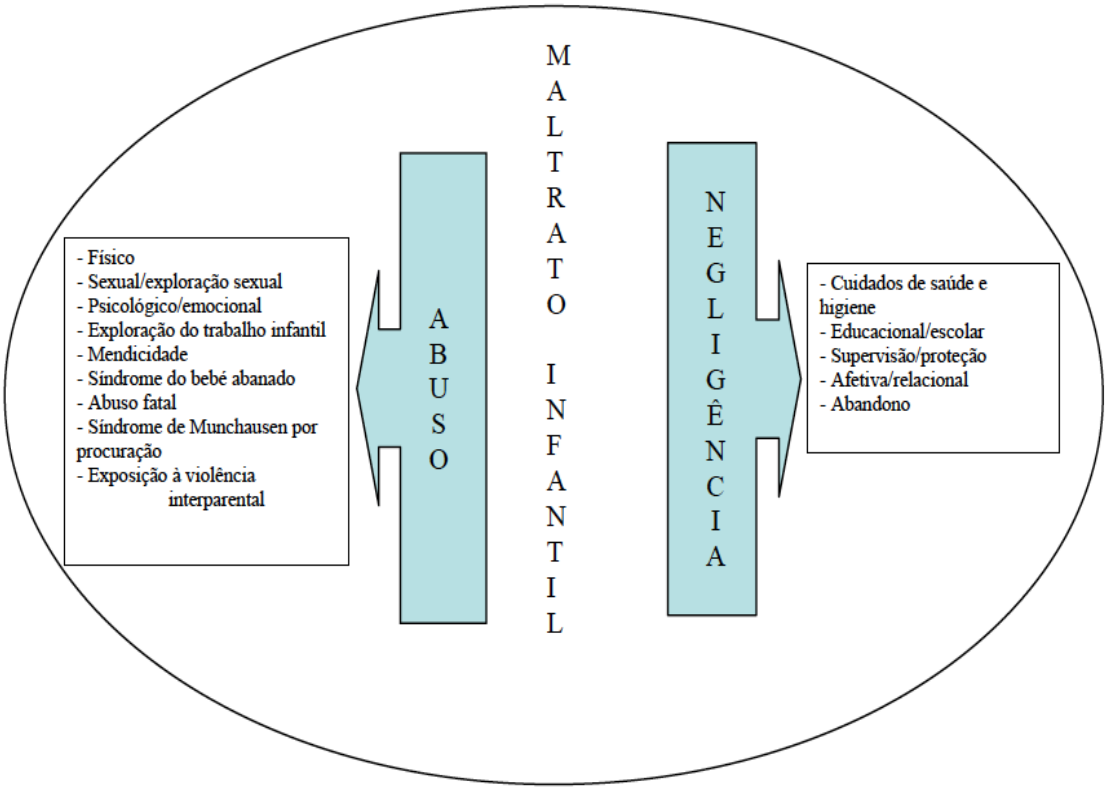
•1986, a Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria organizou as primeiras jornadas sobre o maltrato infantil (Rebelo, 1987).

• 1989, a Organização das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, centrada na questão do dever, por parte da família e da sociedade, de providenciar o acesso à saúde, à educação, à segurança, à família, ao brincar, mas também o direito de ser protegida contra todas as formas de exploração, abuso, discriminação, entre outros (Clark & Clark, 1989; Gelles, 1989; Ventrell, 2000).

## 1.3. Tipologias do Maltrato Infantil

O maltrato infantil abrange uma gama de situações que podem caracterizar-se por duas grandes dimensões: abuso (por ação, agressão) e negligência (por omissão, passiva) (ver Figura 1).

**Figura 1. Os diferentes tipos de maltrato infantil**



### 1.3.1. ABUSO FÍSICO

O abuso físico da criança representa o recurso intencional e não acidental à força física (Gil, 1970; OMS, 2006), por vezes com intenção de punir. Esta forma de abuso inclui atos tais como: bater (com cintos, chicotes, correntes, etc), pontapear, morder, estrangular/sufocar, queimar, envenenar, cortar (Gelles, 1989; Helfer, 1991; OMS, 2006).

Do abuso físico podem resultar lesões que conduzem à necessidade de ajuda médica. Nestes casos os pais narram uma história de acidente, não convergente com as lesões observadas, não descrevendo a situação abusiva. São os casos mais facilmente identificados, pois há lesões, marcas, que constituem um "registo" do abuso.

### 1.3.2. SÍNDROME DO BEBÉ ABANADO

John Caffey descreveu-o pela primeira vez em 1974 (Clemenson, 2006; Ramsey, 2006) revelando situações em que o bebé era fortemente abanado, originando hemorragias da retina, hematomas subdurais e edema cerebral que conduziam a lesões permanentes ou à morte da criança (AAP, 2001; 2003; Barton, Simkins, Vincent, & Mortensen, 2007). Duhaime, Christian, Rorke e Zimmerman (1998) defendem que o abano do bebé não é bastante para provocar as lesões cerebrais identificadas, que serão resultantes da conjugação do abano com uma pancada na cabeça, propondo então a designação de síndrome do abano-impacto (*shaking-impact syndrome)*.

Clemetson (2006), Hendrickson, Knisely, Coulter, Telander, Quan, Ruebner, e Leigh (2010) e Tuerkheimer (2009) advogam que os médicos devem ser cautelosos no diagnóstico desta síndrome, uma vez que envolve uma intervenção legal, devendo ser ponderadas todas as possíveis causas para as lesões registadas.

### 1.3.3. ABUSO FATAL

Num ano, registam-se cerca de 31 000 mortes por homicídio em crianças e adolescentes com menos de 15 anos. Segundo a OMS (2010), estes dados subestimam a verdadeira dimensão do problema, uma vez que uma proporção significativa de mortes resultantes de maltrato infantil é erroneamente atribuída a causas acidentais. Segundo estatísticas da UNICEF (2003) morrem por ano na sequência de maltrato infantil 3.500 crianças, só nos países considerados industrializados. Portugal regista uma taxa de mortes originadas por maltrato em crianças com menos de 15 anos 10 a 15 vezes superior às taxas de base (partilhadas por países como a Itália, Irlanda, Grécia, Espanha e Noruega). Num período relativo a 5 anos, Portugal registou 320 mortes como consequência de maltrato infantil em crianças com menos de 15 anos, sendo 29 óbitos de bebés com menos de 1 ano (UNICEF, 2003).

Estas mortes podem resultar de abusos ou de negligência grave (AAP, 2006; Fiala & LaFree, 1988; Jenny & Isaac, 2006; Zumwalt & Hirsch, 1988). Algumas crianças registam um historial de assistência médica e de indícios de risco de âmbito educacional e social que não foram

valorizados pelos diversos profissionais (Tursz, Crost, Gerbouin-Rérolle, & Cook, 2010).

### 1.3.4. SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Roy Meadow, em 1977, descreve pela primeira vez um Síndroma que designou de Munchausen por procuração (*Munchausen by Proxy Syndrome*), que se caracteriza pela indução em crianças de sintomas físicos e/ou psicológicos de doenças por parte dos seus cuidadores principais (Alberto, 2008; Awadallah, Vaughan, Franco, Runir, Sharaby, &Goldfarb, 2005; Scheridan, 2003; Stirling & Committee on Child Abuse and Neglect, 2007; Willis, Roper & Rabb, 2007; Zylstra, Miller, & Stephens, 2000). Este comportamento conduz a consultas e recurso a análises, radiografias e outros meios complementares de diagnóstico recorrentes, chegando algumas vezes à concretização de intervenções cirúrgicas, que se verificam depois ser injustificadas (American Psychiatric Association 2004; Fish, Bromfield, & Higgins, 2005).

Geralmente a criança tende a apresentar os sintomas quando o cuidador está presente, mostrando-se saudável quando não está em contacto com o cuidador (Fish, Bromfield, & Higgins, 2005; Zylstra, Miller, & Stephens, 2000). As mães são, na maior parte dos casos, as responsáveis pela indução dos sintomas de doença na criança, e têm por objetivo a busca de apoio e reconhecimento social e profissional, transmitindo a imagem de bons cuidadores. Todavia, são pessoas que recorrem regularmente à mentira e à manipulação e têm

conhecimentos bastante específicos sobre saúde e doenças, daí conseguirem ser muito convincentes (American Psychiatric Association 2004; Fish, Bromfield, & Higgins, 2005; Zylstra, Miller, & Stephens, 2000).

### 1.3.5. ABUSO SEXUAL

Definir abuso sexual de crianças é uma tarefa complexa (Browne & Finkelhor, 1986) considerando que remete para qualquer experiência sexual, forçada ou não, que vai desde a utilização da criança em fotos ou filmes de pornografia, passando pela exibição e/ou contacto físico das zonas genitais, até à relação sexual (genital, anal ou oral).

Finkelhor (1984) destaca algumas especificidades do abuso sexual que são fundamentais para a sua compreensão e identificação: (a) o abuso sexual pode não deixar marcas físicas; (b) insere-se frequentemente nas dinâmicas relacionais intrafamiliares ou com figuras de referência para a vítima (profissionais da educação e da saúde, treinadores, etc.), uma vez que raramente é perpetrado por estranhos; c) está envolvido numa dinâmica do segredo (Clark & Clark, 1989; Furniss, 1992). Algumas das condições que gerem o secretismo do abuso sexual são: a) frequentemente não há evidência médica; b) a falta de credibilidade na comunicação da criança é vulgar; c) a existência frequente de ameaça velada ou explícita por parte do agressor, e d) o medo da criança relativamente às consequências da revelação (Furniss, 1992).

### 1.3.6. EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA INTERPARENTAL

De acordo com Harold (2008), a exposição à violência entre os pais ou cuidadores principais tem efeitos semelhantes à vitimação direta. O conceito de "exposição" traduz a ideia de que não é necessário que os filhos "vejam" as situações de violência, pois podem ouvir, ver as consequências dessa violência, ou senti-las, na medida em que os progenitores com relações violentas entre si apresentam menor disponibilidade para um exercício positivo e adequado da parentalidade (Graham-Bermann, Gruber, Howell, & Girz, 2009; Jaffe, Wolfe, & Wilson, 1990; Sani, 2006). Cerca de 40% das crianças e adolescentes expostas à violência interparental manifestam problemas emocionais e de comportamento (Kolbo, Blakely, & Engleman, 1996), apresentando sintomatologia semelhante à desenvolvida pelas vítimas diretas de abuso ou negligência (Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson, & von Eye, 2006; Graham-Bermann, Howell, Habarth, Krishnan, Loree, & Bermann, 2008; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003).

### 1.3.7. EXPLORAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL

Apenas na década de 90 do séc. XX a exploração de crianças no contexto do trabalho mereceu destaque social, tendo por marco a International Labour Conference, em 1999, que conduziu à redação da "Worst Forms of Child Labour Convention" (também referida como "ILO Convention 182") que foi ratificada por Portugal em 2004 (UNICEF, 2005).

Em Portugal, tendo como referência o ano de 2001, foram identificadas 48 165 crianças a realizar trabalhos domésticos em excesso, com uma representação preponderante de crianças e adolescentes do sexo feminino, e 98 726 crianças e adolescentes em atividade económica na área da agricultura, comércio, indústria, restauração e construção civil (SIETI, 2003). Segundo dados da UNICEF (2005), em Portugal havia 47.000 crianças em idade escolar a trabalhar, predominantemente no fabrico de calçado.

De acordo com o "Sistemas de Informação Estatística sobre o Trabalho Infantil"- SIETI (2003, p.36) trabalho infantil são "todas as atividades desenvolvidas por crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 15 anos de idade, que se consideram ter efeitos negativos na saúde, educação e normal desenvolvimento da criança". Esta definição exclui as atividades de rotina familiar que as crianças e adolescentes são solicitadas a realizar no âmbito das tarefas domésticas (e.g., fazer a sua cama, arrumar o seu quarto, organizar as suas coisas).

O exercício de uma atividade laboral na infância e na adolescência traz implicações sérias para o desenvolvimento físico, cognitivo, social e psicológico, quer pelos acidentes de trabalho e pela sobrecarga física, quer pela limitação ou inibição de acesso a atividades próprias destas etapas de desenvolvimento, tais como a educação, o direito a brincar e a interação com os pares (Edmonds, 2007; Heim & Nemeroff, 2001; Horwitz, Widom, McLaughlin, & White, 2001).

### 1.3.8. ABUSO PSICOLÓGICO

O abuso psicológico envolve um conjunto de possibilidades que incluem, por parte dos adultos, comportamentos de: rejeição, isolamento e restrição relacional e social da criança (impedir ou limitar a brincadeira e o contacto com amigos e colegas), aterrorizar (ameaças de abandono, de castigos corporais, de morte), ignorar (reduzindo a possibilidade de relacionamento, de expressão de afeto), desvalorizar, pelo menosprezo, pela discriminação, pela ridicularização (Clark & Clark, 1989; Claussen & Critteden, 1991; WHO, 2006).

O abuso psicológico pode surgir isoladamente, mas acompanha todas as outras formas de maltrato, quer na dimensão abusiva quer na negligente, na medida em que configuram uma vivência violenta e um atentado à dignidade, ao desenvolvimento e ao bem-estar da criança ou adolescente (Claussen & Critteden, 1991).

### 1.3.9. NEGLIGÊNCIA E ABANDONO

A negligência é o tipo mais frequente de maltrato, mas é igualmente o menos valorizado pela comunidade, apesar das consequências na criança e no adolescente serem tão graves quanto as da violência.

A negligência caracteriza-se pela ausência ou desinvestimento na relação com a criança, não fornecendo assim as condições básicas para o seu desenvolvimento e bem-estar (Clark & Clark, 1989; Strauss & Kantor, 2005). Enquanto o abuso se centra na ação, a negligência

pauta-se pela omissão e demissão dos adultos, relativamente às necessidades e direitos fundamentais da criança/adolescente.

A negligência abrange todas as áreas de vida da criança, nomeadamente na saúde, alimentação, higiene, escola, na dimensão afetiva, social, lúdica, mas a comunidade e os profissionais tendem a focar-se estritamente nas primeiras por serem mais visíveis (Clark & Clark, 1989; Grassi-Oliveira & Stein, 2008).

Tal como o abuso, a negligência é transversal a todas as classes socioeconómicas, havendo uma preponderância das classes socialmente mais desfavorecidas na negligência a nível da alimentação, higiene, cuidados de saúde e escola, mas com as classes socialmente mais favorecidas a negligenciarem as dimensões afetiva, lúdica e relacional (WHO, 2006).

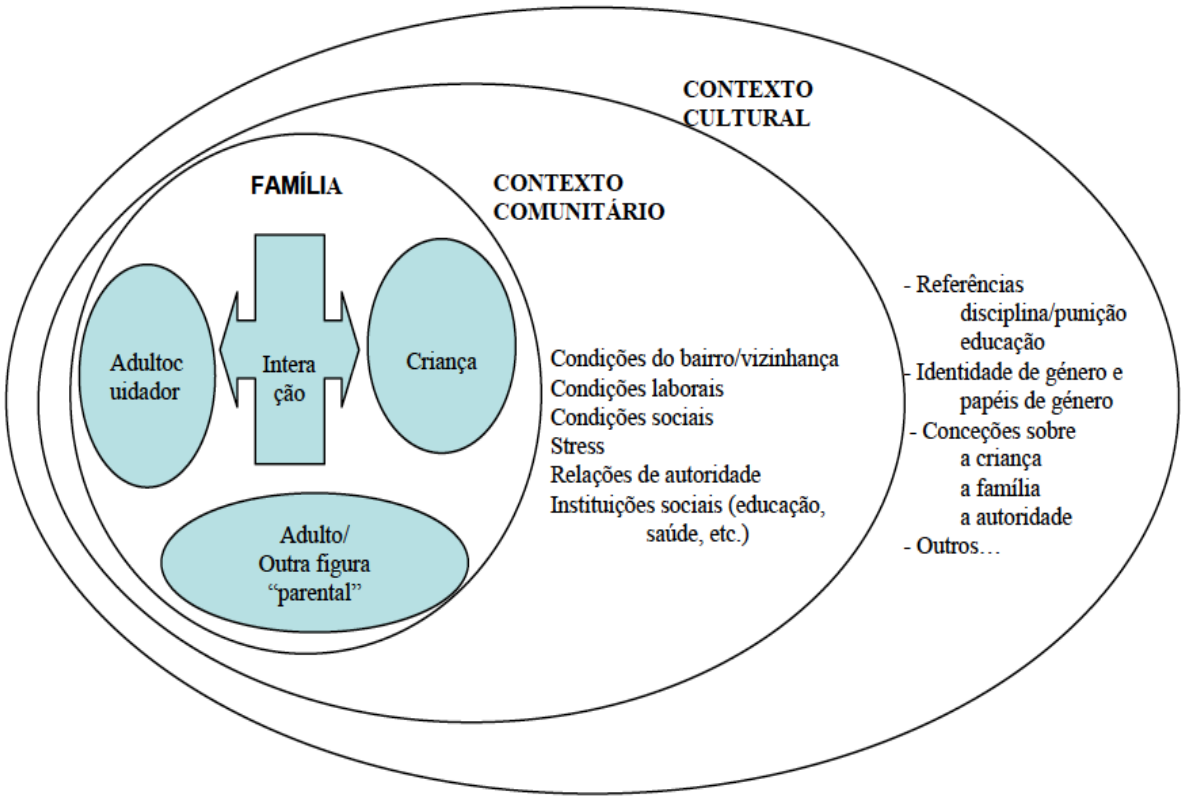
## 1.4. Causas do maltrato infantil: Abordagem Ecológica

Percorrendo rapidamente a trajetória relativamente à emergência das abordagens do maltrato infantil, surge inicialmente o Modelo Psiquiátrico que centrava nas características cognitivas e afetivas dos adultos (abusadores/negligentes) as causa do maltrato infantil (Azar & Wolfe, 1989; Belsky, 1980; Burgess, 1979; Zigler & Hall, 1989). Esta leitura defendia a ideia da presença de sintomatologia e psicopatologia nestes adultos, como origem do maltrato infantil.

Surgem, entretanto, outras leituras, que começam a descentrar as causas do maltrato infantil das características do adulto, para

realçarem as dinâmicas relacionais, os contextos em que estas dinâmicas ocorrem, até que, atualmente, a abordagem mais consensual para a compreensão da temática é a abordagem ecológica, que destaca a complexidade e a multideterminação do abuso e da negligência. Será na conjugação de fatores de risco e de proteção, presentes em vários níveis (individual, relacional, familiar, comunitário e cultural), que as situações de abuso e negligência irão emergir (Belsky, 1980; Krugman, 1987) (ver Figura 2).

**Figura 2. Esquema de enquadramento do maltrato infantil – uma abordagem ecológica**



### 1.4.1. MACROSSISTEMA

Este nível é o mais alargado e mais abrangente, que enquadra todos os outros níveis de fatores que podem gerar situações de abuso ou negligência, e remete para as referências culturais vigentes num dado grupo cultural (Vesterdal, 1991). Como defende Barudy (1992, p.365) na base da "emergência de abuso de poder e da violência (…) está sempre um sistema de conhecimentos, crenças, que permite a quem abusa, justificar ou mistificar o abuso para com as suas vítimas". Este sistema cultural inclui as atitudes sociais face à violência, à punição corporal, à criança, mas também aos papéis de género (Asmussen, 2010; WHO, 2006).

Por outro lado, há ainda a ideia arreigada de que os filhos são "propriedade" dos pais (Belsky, 1980). Todavia, a ciência começa a compreender que a criança e o adolescente têm especificidades desenvolvimentais que devem ser consideradas e respeitadas, têm competências e autonomias próprias, obtendo assim um papel social fundamental, e conquistando uma dignidade que até ao séc. XX lhe era negada.

### 1.4.2. EXOSSISTEMA

Segundo Musitu Ochoa et al. (1988) a pesquisa na temática do maltrato destaca dois fatores do *exossistema* que podem favorecer a emergência do maltrato: o mundo do trabalho (e as condições económicas) e a comunidade. O exosistema compõe-se pela

comunidade em que a família está inserida, e pode garantir instituições que poderão servir de suporte às necessidades familiares (e.g. escolas, infantários, centros de saúde, centros de dia e lares para idosos), ou, pelo contrário, criar condições que trazem dificuldades ao contexto familiar.

Por exemplo, o desemprego e as dificuldades económicas podem originar frustração, desespero, que por sua vez vão influenciar a relação adultos-crianças na família, e aumenta o tempo de contacto entre os membros da família, favorecendo o abuso ou a negligência (Afifi, 2007; Asmussen, 2010; Belsky, 1980). Os estudos (Eshbaugh et al, 2006; Lee, 2009; SmithBattle, 2008; Walsh, 1990; Windham et al, 2004) mostram que as famílias maltratantes estão afastadas das estruturas sociais que podem ser fonte de suporte e de desenvolvimento, quer por condições de exclusão, quer por fecho do sistema familiar ao exterior.

Outro fator fundamental na temática do maltrato infantil é o *stress*, que pode surgir como fator de risco, e que é uma condição transversal a todas as classes socioeconómicas.

### 1.4.3. MICROSSISTEMA

Este é o sistema mais pequeno e constitui-se pelo contexto familiar, quer enquanto organização específica, quer nas interações estabelecidas entre pais e filhos, assim como as características particulares de cada membro da família.

A família, ao longo do seu percurso, enfrenta situações de crise, normativas ou imprevisíveis, que implicam ajustes e colocam em causa a estabilidade procurada pelos vários membros, o que pode trazer dificuldades que, por sua vez, se constituem condições de risco de abuso ou negligência (Afifi, 2007; Asmussen, 2010; Belsky, 1980; Windham et al, 2004).

O maltrato pode então surgir numa relação entre adultos e crianças de um contexto familiar caracterizado por:

• Escalada de conflito com o recurso do adulto à punição física e o aumento dos comportamentos desafiantes da criança;

• Existência de relações conjugais conflituosas/problemáticas dos pais e possível influência no exercício da parentalidade;

• Fraca comunicação entre crianças e pais nas famílias maltratantes;

• Reduzido uso de comportamentos positivos;

• Pouca estimulação sensorial, psicomotora e cognitiva;

• Pouca manifestação de afeto positivo nas interações com os filhos, comparativamente às famílias não maltratantes (Belsky, 1980; Burgess, 1978; Francis & Wolfe, 2008; WHO, 2006; Wolfe, 1985);

• Vinculação insegura entre pais e filhos (Alexander, 1992a,b; Clark & Clark, 1989; Finkelhor, 1984; Furniss, 1987; Wolfe & Birt, 1997);

• Recurso à violência como a única fórmula de interação que conhecem (Afifi, 2007; Barudy, 1992; Francis & Wolfe, 2008; Mammen, Kolko, & Pilkonis, 2003; Smithbattle, 2008);

• Situação socioeconómica crítica, que provoca *stress*, sentimentos de desespero e raiva, que podem desencadear descontrolo ou apatia no exercício da parentalidade (Belsky, 1980; WHO, 2006; Wolfe, 1985);
• Ausência ou doença da mãe, ou uma relação pouco investida por parte desta no caso do abuso sexual (Finkelhor, 1984; WHO, 2006);
• Limites entre sub-sistemas parental, conjugal e filial difusos, com processos de parentificação, em que os filhos assumem o papel de cuidadores dos vários membros da família; ou limites rígidos associados a um exercício autocrático da parentalidade;
• Fronteiras da família com a comunidade muito fechadas, levando ao isolamento social (Clark & Clark, 1989; Finkelhor, 1984).

### a) Características dos progenitores

Apesar de não se poder definir um perfil dos adultos que abusam e/ou negligenciam as crianças/adolescentes, a investigação aponta para algumas características mais presentes nestes pais/cuidadores:
• Frequência elevada de maltrato infantil na sua história pessoal (Barudy, 1992; Belsky, 1980; Francis & Wolfe, 2008; Gil, 1970; Kempe, 1987; SmithBattle, 2008). As consequências a longo prazo destas vivências podem refletir-se nas suas competências parentais e no seu bem-estar para o exercício dessa parentalidade (Clark & Clark, 1989; Pianta, Egeland & Erickson, 1989; Francis & Wolfe, 2008; Vesterdal, 1991; WHO, 2006; Wolfe, 1985);

• Convicções pessoais relativas à criança, à organização familiar e à relação pais-filhos (Barudy, 1992; Mammen, Kolko, & Pilkonis, 2003; Smithbattle, 2008);

• Consideram o recurso à violência como forma de educação e de disciplina, assim como de satisfação das necessidades e exigências pessoais (Vesterdal, 1991);

• Desconhecimento relativamente às características das crianças e adolescentes e presença de expectativas inadequadas (Belsky, 1980; Wolfe, 1985);

• Consumo de álcool, ansiedade, labilidade emocional, baixa autoestima, dificuldade de se colocarem no ponto de vista do outro, pouca tolerância à frustração, solidão, sintomatologia depressiva (Clark & Clark, 1989; Francis & Wolfe, 2008; Robertson & Milner, 1985; Shin & Mark, 2008**;** Windham et al, 2004; Wolfe, 1985);

• Mães/pais adolescentes, em organização monoparental, sem rede de suporte, (Afifi, 2007; Campbell, 2005; Eshbaugh, Lempers & Luze, 2006; Lee, 2009; SmithBattle, 2008; WHO, 2006).

Considerando em particular as características dos agressores sexuais, há um conjunto de estereótipos que dificultam a identificação dos mesmos em situações reais. Há uma tendência generalizada em considerar que são pessoas estranhas e desconhecidas das vítimas, mas as estatísticas apontam para grande incidência de familiares, amigos e conhecidos da família (Furniss, 1987), com idade entre os 30-40 anos (Finkelhor, 1984). Geralmente são pessoas com boa imagem social e bem integradas social e profissionalmente (Clark & Clark, 1989;

Gelinas, 1983), mas que na sua história de vida tiveram privação emocional, são emocional e relacionalmente dependentes, inseguras, com baixa autoestima (Gelinas, 1983).

De realçar a existência de agressoras sexuais, ou seja, de pessoas do sexo feminino (Wolfe & Birt, 1997). Nestes casos, as situações são bastante mais difíceis de serem identificadas, pois não é esperável que o agressor seja mulher e as interações sexualmente abusivas perpetradas por mulheres são mais facilmente enquadradas na imagem de mulher protetora, cuidadora e maternalmente carinhosa, num contexto cultural que aceita muito mais o contacto físico entre mulheres e crianças/adolescentes, sendo mais relutante quando os adultos são homens (Finkelhor, 1984; Wolfe & Birt, 1997).

**b) Características das crianças/adolescentes**

A investigação mostra também que há algumas características nas crianças que as tornam mais vulneráveis ou propensas para o abuso ou negligência, nomeadamente:

• Expressarem comportamentos aversivos, como agressividade, hiperatividade, oposição, gritar e chorar de forma persistente (Vesterdal, 1991; WHO, 2006; Wolfe, 1985);

• A gravidez não ter sido planeada, o sexo da criança não ser o desejado, a criança apresentar deficiência ou doença (Clark & Clark, 1989; Gil, 1970; Vesterdal, 1991);

• Características desenvolvimentais regulares mas não compreendidas ou mal geridas pelos adultos, como por exemplo, as tentativas de autonomização do adolescente (Garbarino, 1989);

• A idade e o sexo da criança que podem surgir como condições de vulnerabilidade para tipos de abuso ou negligência específicos, como por exemplo, os rapazes são mais propensos a serem vítimas de abuso físico enquanto as meninas estão mais vulneráveis ao abuso sexual (Finkelhor, 1984; Furniss, 1987; Giarretto, 1982).

## 1.5. Consequências do Maltrato Infantil

O impacto da vivência do abuso ou da negligência em etapas fundamentais do desenvolvimento, como são a infância e a adolescência, pode ser dramático em algumas vítimas e pode passar despercebido ou ser pouco marcado noutras. A pesquisa e a clínica mostram que esse impacto pode atingir as diferentes áreas desenvolvimentais, afetando o funcionamento pessoal global.

### 1.5.1. Área orgânica/física

As consequências físicas do abuso ou negligência são as mais visíveis, e incluem: fraturas, queimaduras, hemorragias, desidratação, desnutrição, etc., e pode em alguns casos resultar em deficiências permanentes ou morte da criança (Asmussen, 2010; Plougmand, 1988; Vesterdal, 1991; WHO, 2006). Ainda neste domínio orgânico, mas particularmente relacionado com a dimensão psicofisiológica, regista-

se um aumento drástico da atividade noradrenérgica do SNC, que conduzem a uma hipervigilância e consequentes perturbações do sono, taquicardia, somatizações, etc. (Brown & Fromm, 1986; Kaplan & Sadock, 1989; Kinzie, 1989).

### 1.5.2. ÁREA COGNITIVA

No funcionamento cognitivo as consequências podem advir de lesões físicas, de pouca estimulação, ou de sintomatologia psicopatológica e englobam:

• Redução da curiosidade e pouco envolvimento em atividades novas (Vesterdal 1991);

• Dificuldades de concentração, problemas de aprendizagem, maus resultados escolares (Erickson, Egelanda & Pianta, 1989; Gelles, 1989; Green, 1985; Plougmand, 1988; Vesterdal, 1991).

### 1.5.3. ÁREA SOCIAL E PSICOLÓGICA

Considerando o funcionamento psicológico, concomitante com a dimensão relacional/social, a pesquisa identifica um conjunto de consequências da vivência de abuso ou negligência na infância/adolescência, quer a curto quer a longo prazo, designadamente:

• Sintomatologia depressiva, comportamentos autodestrutivos, tentativa de suicídio, falta de confiança em si própria, baixa autoestima, culpa;

• Contacto social superficial e ambivalente, dificuldade em confiar nos outros;

• Perturbações de ansiedade, particularmente algumas fobias, PTSD (Perturbação de Stress Póstraumático);

• Pseudomaturidade, associada a uma falsa autonomia, resultante do processo de parentificação da criança e da necessidade de "sobreviver" crescendo depressa demais;

• Dependência emocional e relacional;

• Padrões de vinculação insegura;

• Agressividade, delinquência e envolvimento em violência física, sexual e/ou psicológica com pares, na intimidade e com os filhos no futuro, como agressores ou como vítimas;

• Comportamentos sexuais de risco ou desadequados, promiscuidade, gravidez precoce, disfunções sexuais orgânicas, prostituição;

• Consumo de álcool e substâncias tóxicas (Alexander, 1992b; Asmussen, 2010; Boden, Fergusson, & Horwood, 2009; Cantón-Cortés & Cantón, 2010; Carr et al, 2010; Clark & Clark, 1989; Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005; Desai, Árias, Thompson, & Basile, 2002; Grassi-Oliveira & Stein, 2008; Heim & Nemeroff, 2001; Horwitz, Widom, McLaughlin, & White, 2001; Gelinas, 1983; Gelles, 1989; Kendall-Tackett et al., 1993; Whitfield, Anda, Dube, & Felitti, 2003; WHO, 2006; Wodarski et al., 1990).

É importante realçar que alguma da sintomatologia e das dificuldades exibidas pelas vítimas não são uma consequência direta das situações abusivas e/ou negligentes, e podem ser potenciadas após a

identificação do maltrato, com a intervenção dos diferentes profissionais. A literatura designa estes efeitos de iatrogénicos, ou perturbações de carácter secundário (Furniss, 1992).

A intervenção, tendo por objetivo eliminar ou reduzir as condições de mal-estar e vulnerabilidade da criança pode, paradoxalmente, ativar mais mal-estar, quer à criança, quer à família. São diversas as condições da intervenção referidas pela investigação, em que essas situações acontecem:

• Falta de crédito às verbalizações da criança;

• O elevado número de pessoas e instituições envolvidas na avaliação e intervenção no caso, frequentemente sem articulação;

• A dimensão legal (penal, de proteção, cível);

•A discriminação e segregação comunitária da família, a seguir à revelação da situação de abuso ou negligência (Browne & Finkelhor, 1986; Finkelhor, 1984; Furniss, 1992; Giarretto, 1982).

## 1.6. A prevenção do maltrato infantil

Tendo como assumido e inquestionável o direito de todas as crianças e adolescentes a um contexto familiar positivo, a um desenvolvimento e bem-estar pleno, uma das facetas que assume um papel social de relevo é a prevenção do abuso e da negligência (Asmussen, 2010; Clark & Clark, 1989; WHO, 2006). A Recomendação n.° R (85) 4 do Conselho da Europa indicava já na década de 80 a importância de programas de prevenção, que passavam pela informação e

sensibilização da opinião pública para a gravidade da violência no seio da família, divulgação de conhecimento científico útil para a temática, despistagem precoce de situações de risco, formação profissional e equipas multidisciplinares especializadas, criação de organismos capazes de responder com rapidez e eficácia ao nível das condições de risco ou já de perigo declarado (Infância e Juventude, 1985).

### 1.6.1. PREVENÇÃO PRIMÁRIA

A prevenção primária passa pela implementação de investigação, formação de profissionais, sensibilização/informação da comunidade geral relativamente aos direitos e às características específicas da infância e adolescência pela não legitimação nem aceitação de qualquer forma de violência e de exercício de poder autocrático, e implementação de estruturas e organismos sociais de apoio às famílias. A prevenção primária dirige-se à população geral, na promoção de competências e de conhecimentos e sensibilização nas várias faixas etárias ao longo da vida, mas também aos diferentes grupos profissionais, na sua formação específica (Asmussen, 2010; Finkelhor, 1984; Hazzard et al., 1991; WHO, 2006).

### 1.6.2. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

A prevenção secundária orienta-se já para grupos populacionais específicos, que envolvem condições de risco, prevendo que poderão caracterizar-se por uma maior vulnerabilidade para a emergência de

abuso ou negligência. Assim, este nível de prevenção atua especificamente sobre aspetos que a investigação e a intervenção apontam como regulares nas situações de maltrato (e.g., gravidez não desejada, deficiência na criança ou nos progenitores, mães/pais adolescentes; consumo excessivo de álcool, toxicodependentes, doença mental nos progenitores, dificuldades económicas, condições de habitabilidade, etc.). Esta prevenção, apesar de focada em aspetos específicos, continua a exigir a colaboração concertada e articulada de equipas multidisciplinares que, por um lado, promovam competências/recursos e, por outro, trabalhem no sentido de reduzir ou eliminar as condições de risco (Asmussen, 2010; Helfer, 1987; Olds & Henderson, 1989; Walsh, 1990; WHO, 2006; Wolfe, 1985; Wolfe, Edwards, Manion & Koverola, 1988).

## 1.7. A intervenção no maltrato infantil

A intervenção acontece quando o perigo está já estabalecido, ou quando o risco é elevado, e portanto já não surge como forma de reduzir ou evitar a possibilidade de abuso/negligência, mas surge à posteriori, como tentativa de interromper ou reduzir algo que já existe (Furniss, 1992).

A intervenção em situações de abuso e negligência, tal como na prevenção, implica o recurso a equipas multidisciplinares, constituídas por profissionais das áreas social, psicológica, médica e legal especializados na temática do maltrato infantil. A intervenção deve

acontecer em diferentes níveis: a) individual (agressor, vítima, outro(s) membro(s) da família); b) familiar (organização, estrutura, papéis, estatutos, cultura, etc); c) comunitária (prevenir a discriminação e segregação da família em causa, ativar recursos de suporte à família, desenvolver uma consciência de suporte e não de recriminação/perseguição) (Asmussen, 2010; Fantuzzo et al., 1987; Giarretto, 1982; Musitu Ochoa et al., 1988; WHO, 2006; Wolfe et al., 1989).

Na intervenção, é fundamental a reflexão constante de profissionais e comunidade circundante, para que o envolvimento nas situações de abuso/negligência não se paute por posturas e tomadas de posição moralizantes, mas que seja baseado na avaliação objetiva e integrada das várias condições presentes e nas tomadas de decisão concertadas e validadas.

## 1.8. A sinalização do maltrato infatil

Todas as situações de maltrato referidas são habitualmente detetadas em consultas (hospitais e centros de saúde), escolas, instituições, na própria família e cidadão em geral.

A fim de evitar que situações desta natureza não sejam acauteladas a nível de cuidados de saúde e outros, é importanteque que sejam organizados e agilizados métodos que permitam uma articulação adequada entre os vários profissionais envolvidos sendo a sinalização um passo indispensável.

A esse respeito existem linhas de orientação da Direção Geral de Saúde, divulgadas no Guia Prático sobre Maus-Tratos em Crianças e Jovens (fevereiro 2011).

Sublinhamos a importância dos já existentes Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), nos centros de saúde, hospitais centrais e distritais, os quais estão equipados com recursos humanos capazes de responder adequadamente às situações do ponto de vista diagnóstico, terapêutico e até legal.

Atendendo à transversalidade do maltrato emocional na generalidade das situações, o recurso a equipas multidisciplinares especializadas na área psicoterapêutica é uma constante. Existem respostas de intervenção e seguimento nos departamentos, serviços e unidades de pedopsiquiatria, bem como no serviço de violência familiar, estando estes devidamente implementados na comunidade e realizando um trabalho de articulação entre si e com as instâncias de 2º e 3º nível de intervenção (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens - CPCJ e Tribunais, respetivamente).

Em jeito de finalização, importa reforçar a ideia de que cada um, enquanto profissional ou membro da comunidade, tem a responsabilidade de agir, para que nenhuma criança ou adolescente sinta como Álvaro de Campos "***Não sou nada. Nunca serei nada. Não posso querer ser nada. À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo".***

## 1.9. Referências bibliográficas


Afifi, T.O. (2007). Child abuse and adolescent parenting: developing a theoretical model from na ecological perspective. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14* (3), 89-105.

Alberto, I. (2008). Maltrato infantil: Entre um destino e uma história. In A. Matos et al (Coord.). *A Maldade Humana* (pp.1007-130). Coimbra: Almedina.

Alexander, P.C. (1992a). Introduction to the special section on adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60* (2), 165-166.

Alexander, P.C. (1992b). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60* (2), 185-195.

American Academy of Pediatrics (2001). Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries-Technical Report. *Pediatrics, 108* (1). 206-210;

American Academy of Pediatrics (2006). Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. *Pediatrics, 118* (1), 421-427.

American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed, Rev.). Washington DC: Author.

Asmussen, K. (2010). Key facts about child maltreatment. pdf_wdf76279.pdf. Retirado de www.nspcc.org.uk, consultado em 13 Março, 2011.

Awadallah, N., Vaughan, A., Franco, K., Runir, F., Sharaby, N., & Goldfarb, J. (2005). Munchausen By Proxy: A case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse and Neglect, 29* (8), 931-941.

Azar, S., & Wolfe, D. (1989). Child abuse and neglect. In E. Mash, & R. Barkley, (Eds.). *Treatment of childhood disorders* (pp. 451-489). New York: Guilford Press.

Barton, M. H., Simkins, S., Vincent, S., & Mortensen, Q. (2007). "Shaken Baby Syndrome, Health Narratives, & Elijah's Story: A Failed Attempt at Perspective by Incongruity" *Paper presented at the annual meeting of the NCA 93rd Annual Convention, TBA, Chicago, IL Online* <PDF>. 2010-06-07 from http://www.allacademic.com/meta/p193472_index.htm

Barudy, J. (1992). La violence comme organisatrice de la subjectivité individuelle, familiale et sociale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *40* (7), 363- 377.

Belsky, J. (1980). Child maltreatment. An ecological integration. *American Psychologist*, *35* (4), 320- 335.

Boden, J., Fergusson, D., & Horwood, L. J. (2009). Experience of sexual abuse in childhood and abortion in adolescence and early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *30* (2), 109-125

Bogat, G., DeJonghe, E., Levendosky, A., Davidson, W., & von Eye, A. (2006). Trauma Symptoms among infants exposed to intimate partner violnce. *Child Abuse & Neglect*, *33* (12), 870-876.

Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). *Hypnosetherapy and hypnoanalyses*. London: Lawrence Erlbaum Assoc.

Browne, A., & Finkelhor, D. (1986) Impact of child sexual abuse. *Psychological Bulletin*, *99* (1), 66-77.

Burgess, R. (1979). Child abuse: a social interactional analysis. In B. Lahey & A. Kasdin. *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol 2, pp141-169). New York: Plenum Press.

Campbell, E.T. (12005). Child abuse recognition, reporting and prevention: A culturally congruent approach. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, *11* (2), 35-40.

Cantón- Cortés, D., & Cantón, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse on relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect*, *34* (7), 496-506.

Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Flanagan-Howard, R., Tierney, K., White, M., Daly, M., & Egan, J. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse & Neglect*, *34* (7), 477-489.

Clark, M., & Clark, J. (1989). *The encyclopaedia of child abuse*. New York: Facts on File.

Classen, C., Palesh, O., & Aggarwal, R. (2005). Sexual victimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, *6* (2), 103-129.

Claussen, A., & Crittenden, P.M. (1991). Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, *15*, 5-18.

Clemetson, C. A. (2006). Caffey Revisited: A Commentary on the Origin of Shaken Baby Syndrome.*Journal of American Physicians and Surgeons*, *11* (1), 20-21.

Desai, S., Arias, I., Thompson, M., & Basile, K. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims*, *17* (6), 639-653.

Duhaime, A. C., Christian, C., Rorke, L., & Zimmerman, R. (1998). Nonaccidental Head Injury in Infants-The "ShakenBaby Syndrome". *New England Journal of Medicine, 338* (25), 1822 -1829.

Edmonds, E. (2007). Child Labour. In T. P. Schultz & J. Strauss (Eds.). *Handbook of Development Economics*. (Volume 4, pp. 1- 100). Amsterdão: Elsevier Science.

Erickson, M.F., Egeland, B., & Pianta, R. (1989).The effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.). *Child maltreatment*. *Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.647-684). New York: Cambridge University Press.

Fantuzzo, J. W., Stovall, A., Schachtel, D., Goins, C., & Hall, R. (1987). The effects of peer social initiations on the social behavior of withdrawn preschool children. *Journal behavioral therapy and experimental psychiatry*, *18* (4), 357-363.

Fiala, R., & LaFree, G. (1988). Cross-national determinants of child homicide. *American Sociological Review*, *55*, 432-445.

Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse*. *New theory and research*. New York: The Free press.

Fish, E., Bromfield, L., & Higgins, D. (2005). A new name for Munchausen Syndrome by Proxy: Defining Fabricated or Induced Illness by Carers, *Child Abuse Prevention Issues, 23*, 1-12, consultado em www.aifs.gov.au, em Julho 2010.

Fontes, V. (1973). O Síndromo da criança maltratada. *Infância e Juventude*, *73*, 9-14.

Francis, K., & Wolfe, D. (2008). Cognitive and emotional differences between abusive and non-abusive fathers. *Child Abuse & Neglect, 32* (12), 1127-1137.

Furniss, T. (1987). An integrated treatment approach to child sexual abuse in the family. *Children and Society*, *1* (2), 123-135.

Furniss, T. (1992). *The multiprofessional handbook of child sexual abuse. Integrated management, therapy & legal intervention*. New York: Routledge.

Garbarino, J. (1989). Troubled youth, troubled families: the dynamics of adolescent maltreatment. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.). *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.685-706). New York: Cambridge University Press.

Gelinas, D.J. (1983). The persisting negative effects of incest. *Psychiatry*, *46*, 312-332.

Gelles, R. J. (1989). Child abuse. An overview. In M. Clark & J. Clark. *The encyclopaedia of child abuse* (pp. xiii-xxix). New York. Facts on File.

Giarretto, H. (1982). *Integrated treatment of child sexual abuse. A treatment and training manual*. Palo Alto: Science and behaviour books, Inc.

Gil, D.G. (1970). *Violence against children. Physical child abuse in the United States*. Massachusetts: Harvard University Press.

Graham-Bermann, S., Howell, K., Habarth, J., Krishnan, S., Loree, A., & Bermann, E. (2008). Toward assessing traumatic events and stress symptons in preschool children from low-income families. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78* (2), 220-228.

Graham-Bermann, S., Gruber, G., Howell, K., & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect*, *33* (9), 648-660.

Grassi-Oliveira, R., & Stein, L. M. (2008). Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: The burden neglect. *Child Abuse & Neglect*, *32* (12), 1089-1094.

Green, A. H. (1985). Children traumatized by physical abuse. In S. Eth & R.S. Pynoos. *Post-Traumatic Stress Disorder in children* (pp.133-154). Washington: American Psychiatric Press, Inc.

Heim, C., & Nemeroff, C. (2001). The role of childhhod trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, *49*, 1023- 1039.

Helfer, R.E., & Kempe, R.S.(1987 4ªed.). *The Battered Child*. Chicago: The University of Chicago Press.

Helfer, R. (1987). An overview of prevention. In R.E. Helfer & R.S. Kempe. *The Battered Child* (pp.425-433). Chicago: The University of Chicago Press.

Helfer, R. (1991). Child abuse and neglect: assessment treatment, and prevention. *Child Abuse and Neglect*, *15,* 5- 15.

Hendrickson, D., Knisely, A., Coulter, K., Telander, D., Quan, R., Ruebner, B., & Leigh, M. (2010). An inborn error of bile salt transport with features mimicking abusive head trauma. *Child Abuse and Neglect*, *34* (7), 472- 476.

Horwitz, W., Widom, C., McLaughlin, J., & White, H. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*,*42*, 184-201.

*Infância e Juventude* (1985). Recomendação n.° R (85), do Comité de Ministros do Conselho da Europa aos Estados membros sobre a violência no seio da família, *4*, 27-30.

*Infância e Juventude* (1986) Violência na família, *3*, 59-62.

Jaffe, P., Wolfe, D. A., & Wilson, S. (1990). *Children of Battered Woman:* Califórnia: Sage Publications.

Jenny, C., & Isaac, R. (2006). The relation between child death and child maltreatment.*Archives of Disease in Childhood*, *91*, 265-269.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of Psychiatry* (vol. 1, 5.ª ed). London: Williams & Wilkins

Kempe, R.S. (1987). A developmental approach to the treatment of the abused child. In R.E. Helfer & R.S. Kempe. *The Battered Child* (pp.360-381). Chicago: The University of Chicago Press.

Kendall-Tackett, K., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of ssexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, *113* (1),164-180.

Kinzie, M.D. (1989). Post-traumatic stress disorder. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (1989), *Comprehensive textbook of Psychiatry* (vol.1, pp.1000-1008). London: Williams & Wilkins.

Krugman, R. (1987). The assessment of a child protection team. In R.E. Helfer & R.S. Kempe. *The Battered Child* (pp.127-136). Chicago: The University of Chicago Press.

Leandro, A. (1989). Comunicação proferida no Encontro "Desadaptações sociais e criminalidade. O papel da comunidade na sua prevenção".

Lee, Y. (2009). Early motherhood and harsh parenting: the role of human, social and cultural capital, *Child Abuse & Neglect, 33* (9), 625-637.

Mammen, O., Kolko, D., & Pilkonis P. (2003). Parental Cognitions and Satisfaction: Relationship to Aggressive Parental Behavior in Child Physical Abuse.*Child Maltreatment, 8* (4), 288 - 301.

Musitu Ochoa, G., Garcia, F., Gracia, E., & Castelló, N. (1988). The psycosocial reality of the abused and abandoned child in the Valencian comunity. *Cadernos de Consulta Psicológica*, *4*, 65-72.

Olds, D.L., & Henderson, R. (1989). The prevention of maltreatment. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.) (1989). *Child Maltreatment*. *Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 722-763). New York: Cambridge University Press.

Pianta, R., Egeland, B., & Erickson, M.F. (1989). The antecedents of maltreatment: results of the Mother-Child interaction Research Project. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.). *Child Maltreatment*. *Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.203-253). New York: Cambridge University Press.

Plougmand, O. (1988) Aspectos pedagógicos da violência contra as crianças.*Infância e Juventude*, *3*, 7-20.

Ramsey, M. (2006). A nuts and bolts approach to litigating the shaken baby or shaken impact syndrome. *Military Law Review, 188*, 1-37.

Rebelo, M.A. (1987). Maus-tratos em crianças e adolescentes: experiência dos últimos vinte anos do Instituto de Medicina Legal de Coimbra. *O Médico*, *116* (1838), 798-806.

Sani, A. I. (2006). Vitimação indirecta de crianças em contexto familiar. *Análise Social*,*XLI* (180) 849-864.

Scheridan, M.S. (2003). The deceit continues: an update literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse and Neglect, 27* (4), 431-451.

Shin, D-W, & Stein, M. (2008). Maternal Depression Predicts Maternal Use of Corporal Punishment in Children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, *Yonsei Medical Journal*,*49* (4), 573 – 580.

Sistemas de Informação Estatística sobre o Trabalho Infantil (SIETI), & Fialho, J. (Coord.). (2003). *Trabalho infantil em Portugal 2001 - Caracterização social dos agregados familiares portugueses com menores em idade escolar*.Lisboa: SIETI.

SmithBattle, L. (2008). Gaining ground from a family and cultural legacy: A teen mother's story of repairing the world. *Family Process,47* (4), 521 – 535.

Stirling, J., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2007).Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of ChildAbuse in a Medical Setting*Pediatrics, 119*, 1026-1030.

Strauss, M.A, & Kantor, G. (2005). Definition and measurement of neglectful behaviour: some principles and guidelines. *Child Abuse and Neglect*, *29* (1), 19- 29.

Tuerkheimer, D. (2009). The next innocence Project: Shaken Baby Syndrome and the Criminal Courts. *Washington University Law Review*, *87* (1), 1-58.

Tursz, A., Crost, M., Gerbouin-Rérolle, P., & Cook, J. (2010). Underascertainment of child abuse fatalities in France: Retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicidies in mortality statistics. *Child Abuse & Neglect*, *34* (7), 534-544.

UNICEF (2003). A league table of child maltreatment deaths in rich nations. *Innocenti Report Card, 5*. Consultado em http://www.unicef.org.uk publications/pdf/ECECHILD2_A4.pdf

UNICEF(2005). *End Child Exploitation*. *Child Labour Today*. Consultado em http://www.unicef.org.uk/publications/pdf/ ECECHILD2_A4.pdf

Vesterdal, J. (1991). Aspectos criminológicos dos maus tratos...*Infância e Juventude* (ed Especial), 49-84.

Walsh, A. (1990). Illegitimacy, child abuse and neglect, and cognitive development. *The Journal of Genetic Psychology*, *151* (3), 279- 285.

Whitfield, C., Anda, R., Dube, S., & Felitti, V. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults:

Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence, 18* (2), 166-185.

WHO (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genebra: WHO ed. http://whqlibdoc.who.int/publications/ 2006/924 1594365_eng.pdf [consultado em 13 Março 2010]

Willis, T., Roper, H & Rabb, L. (2007). Lamotrigine poisoning presenting as seizures: A case of deliberate poisoning. *Child Abuse and Neglect*, *31* (1), 85-88.

Windham, A., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C. & Duggan, A. (2004). Risk of mother-reported chil abuse in the first 3 years of live. *Child Abuse & Neglect*, *28* (6), 645-667.

Wodarski, J.S., Kurtz, P., Gaudin, J.M., & Howing, Ph. (1990). Maltreatment and the school-age child. Major academic, socioemotional, and adaptive outcomes. *Social Work*, *35* (6), 506-513.

Wolfe, D. A. (1985). Child- abusive parents: an empirical review and analysis. *Psichological Bulletin*, *97* (3), 462- 482.

Wolfe, D.A. (1988). Child abuse and neglect. In E.J. Mash & L.F. Terdal. *Behavioral Assessment of Childhood disorders* (2nd ed, pp.627-669). New York: The Guiford Press.

Wolfe, D.A., Jaffe, P.G., Jette, J. & Poisson, S. (2003). The impact of child abuse in community institutions and organizations: Advancing Professional and scientific understanding. *Clinical Psychology: Science & Practice, 10* (2), 179-191.

Wolfe, D.A., Francis, K., & Straatman, A. (2006). Child abuse in religiously-affiliated institutions: long-term impact on men's mental health. *Child Abuse & Neglect, 30* (2), 205-212.

Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P.G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psycholoy Review, 6* (3), 171-187.

Wolfe, V.V., Gentile, C., & Wolfe, D.A. (1989). The impact of sexual abuse on children: a PTSD formulation. *Behavior Therapy*, *20*, 215-228.

Wolfe, V.V., Finch, A.J., Saylor, C.F., Blount, R.T., Pallmeyer, T.P., & Carek, D.J. (1989). Negative affectivity in children: A multitrait-multimethod investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55* (1), 245-250.

Wolfe, V.V., & Birt, J.M. (1997). Child sexual abuse. In E.J. Mash & L.F. Terdal. *Behavioral Assessment of Childhood disorders* (3rd ed, pp.569-625). New York: Wiley.

Zigler, E., & Hall, N.W. (1989). Physical child abuse in America: past, present, and future. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.). *Child Maltreatment*. *Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.38-75). New York: Cambridge University Press.

Zylstra, R., Miller, K., & Stephens, W. (2000). Munchausen Syndrome by Proxy: A Clinical Vignette *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, *2*, 42-44http://www.psychiatrist.com/pcc/pccpdf/.

Zumwalt, R. & Hirsch, Ch. (1988,). Pathology of Fatal Child Abuse and Neglect. In R. Helfer & R. Kempe (Eds.), *The Battered Child* (4ª ed., pp. 247-285). Chicago: The University Chicago Press.

*Obras portuguesas recomendadas*

Alberto, I. (2010). *Maltrato e Trauma*. (2ª edição revista). Coimbra: Ed. Almedina

Canha, J. (2003). *Criança Maltratada: o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação*. *Estudo prospectivo de 5 anos*. (2ª Edição). Coimbra: Ed. Quarteto.

Carmo, R., Alberto, I, & Guerra, P. (2006). *O abuso sexual de menores*. *Uma conversa sobre justiça entre o Direito e a Psicologia*. (2ª edição). Coimbra: Ed. Almedina.

Fonseca, A.C. (Coord.) (2006). *Psicologia Forense*. Coimbra: Ed. Almedina.

Gonçalves, R., & Machado, C. (Coord.) (2005). *Psicologia Forense*. Coimbra: Ed. Quarteto.

Machado, C. & Gonçalves, R. (Coord.) (2008). *Violência e vítimas de crime - Crianças*. Coimbra: Ed. Quarteto.

Machado, C. (Coord.) (2010).*Vitimologia: das novas abordagens teóricas às novas práticas de intervenção*. Braga: Ed. Psiquilibrios.

Magalhães, T. (2005). *Maus-tratos em crianças e jovens*. Guia Prático para profissionais. (4ª Edição). Coimbra: Ed. Quarteto .

Magalhães, T. (Coord.) (2010). *Abuso de Crianças e Jovens*. *Da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: ed. Lidel.

Prazeres, V. (coord.) (2011). Maus-tratos em crianças e jovens – guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção: ed. Direção Geral da Saúde.

Ribeiro, C. (2009). *A criança na justiça – trajectórias e significados do processo judicial de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Coimbra: Ed. Almedina.

Sani, A. I. (2002). *As Crianças e a Violência*. *Representações de Crianças Vítimas e Testemunhas de Crime*. Coimbra: Ed. Quarteto.

# 2. Procedimentos de despiste do abuso e negligência a pessoas idosas: algumas reflexões

**José Ferreira-Alves**
**Margarida Pedroso Lima**
**Odete Borralho**
**João Redondo**

## 2.1. Enquadramento

O atendimento médico, e especialmente o atendimento psiquiátrico e psicológico, tem uma história rica de interesse pelo mundo fenomenológico dos pacientes. Esta herança tem uma tradição que tem vindo a ser desvalorizada face aos avanços na observação usando medidas objetivas e medidas rápidas de autorrelato. Os domínios da saúde, muito poderiam beneficiar se o atendimento aos pacientes idosos fosse informado por competências de exercício de empatia e de aceitação positiva dos pacientes. Este exercício da empatia é um conjunto de competências que ajuda a tornar a avaliação e intervenção em saúde um exercício mais compatível com a natureza biopsicossocial dos seus problemas e grau de bem-estar. Neste capítulo iremos explorar alguns aspetos principais dessa tradição fenomenológica mais adequada à natureza desenvolvimental e à dinâmica de mudança que caracteriza a vida dos indivíduos. Efetivamente, muitos dos stressores e do sofrimento a que as pessoas estão sujeitas só poderão ser adequadamente conhecidos e tratados no contexto de uma relação de ajuda em que a escuta ativa esteja

presente. Consequentemente, resumiremos as atitudes centrais de uma relação de ajuda que crie condições para o conhecimento e mudança dos contornos do sofrimento da pessoa. Adicionalmente apresentaremos, fundamentados na evidência científica ou empírica, algumas sugestões para a elaboração de uma proposta de protocolo de despiste do abuso para uso em serviços de saúde, bem como o seu enquadramento teórico.

O domínio do abuso e negligência à população idosa tem vindo a merecer, especialmente nos últimos 20 anos, o tempo e o esforço de vários investigadores e instituições (Ferreira-Alves, J., 2004; 2005). O tema é moralmente apelativo, a investigação é vista maioritariamente como uma realização pouco complexa e, talvez por isso, os estudos de referência neste domínio são especialmente trabalhos de prevalência e de descrição simples de associações entre variáveis.

O enquadramento do fenómeno é dos aspetos mais importantes a considerar quando se estuda e pensa sobre o abuso e a negligência, pois isso vai determinar o que se diz e paralelamente determinar a consciência dos limites de um dado discurso, de uma dada abordagem ou investigação.

Perel-Levin (2008) reconhece, para além da diversidade de definições de abuso, a falta de consenso sobre a que domínio pertence o abuso à pessoa idosa. Tecendo considerações sobre as diferenças e semelhanças com o abuso infantil, explora de que forma os vários domínios de enquadramento apresentam vantagens e inconvenientes.

Por exemplo, para a autora referida, o *screening* é apenas um passo no conjunto das metas que deveriam ser estabelecidas para compreender e intervir sobre o abuso na população idosa.

Paralelamente, parece ser um assunto ainda com pouca reflexão e, consequentemente, pouca teorização. Visto os técnicos e as organizações que conhecem as vítimas terem, no geral, menos tempo e preparação para investigar e escrever sobre o que sabem. Temos, como consequência, que quem mais escreve sobre este assunto não é, necessariamente, quem mais contacto tem com a realidade do abuso.

Na medida em que o abuso e a negligência à população idosa é um domínio do comportamento, que consideramos clínico, o contacto com a realidade do abuso é imprescindível para se obterem patamares de compreensão e de intervenção concertadas. No entanto, em termos históricos, o primeiro artigo científico que tematiza o abuso a uma pessoa idosa foi descrito por Baker, em 1975. Nessa altura, esse fenómeno, identificado por um médico no decurso da sua prática, foi descrito como um assunto que merecia especial atenção clínica. Contudo, esse foco clínico em assuntos de abuso foi "abortado" dando lugar a uma predominância de focos legais e sociais que ainda subsistem na atualidade.

## 2.2. Relações de ajuda em saúde: a importância do atendimento centrado no paciente/utente

As sementes de sésamo são sementes muito pequenas, ovais e achatadas. Existem em diferentes cores, dependendo da variedade, incluindo branco, amarelo, preto e vermelho. As sementes de sésamo são muito valorizadas pelo seu elevado conteúdo de óleo de sésamo, um óleo muito resistente ao apodrecimento. «Abre-te Sésamo», a famosa frase das Mil e Uma Noites, reflete a característica distintiva da vagem da semente de sésamo, que abre quando chega à maturidade. Tal como no nosso desenvolvimento muitos fatores podem impedir a abertura da semente de sésamo e, tal como no conto, quando tal acontece, fica comprometido o nosso acesso ao tesouro que é a nossa capacidade de usufruir da vida. Um dos principais fatores que limitam o desenvolvimento das nossas potencialidades são os abusos/maus-tratos (situações de violência) ao longo do nosso ciclo de vida. Dizia-nos uma Sra. de 80 anos com doença de Alzheimer em estado inicial: 'estou assim (a ficar doente) porque me bateram muito em pequena'. Embora não possamos saber o fundamento desta causalidade, parece ser óbvio que a experiência de maus tratos, especialmente aquela que é percebida com severidade pode comprometer o desenvolvimento individual, marcar a história de uma vida como sendo uma vida que não foi ou não é bem aceite e bloquear a expressividade. É de admitir também que estes bloqueios têm implicações sérias no bem-estar e, consequentemente, na participação mais ampla e ativa na comunidade. Por outras palavras, têm implicações em todos os setores da nossa

vida. Neste sentido, é que a prevenção do abuso tem de ser perspetivada como uma questão transdisciplinar com consequências nas políticas sociais e de saúde, na educação, nos valores e que, em última análise, nos interessa e implica a todos.

As ações preventivas contra o abuso em relação aos mais velhos começaram por ser protetoras das pessoas idosas fragilizadas e, apesar das suas boas intenções, levaram, muitas vezes, ao idadismo e ao paternalismo (Nerenberg, 2008). Consequentemente, muitos técnicos interessados em mudar estas consequências colaterais negativas têm vindo a enfatizar o seu compromisso com a autonomia dos clientes, a sua autodeterminação e a sua liberdade pessoal mudando, consequentemente, o paradigma que enfatizava a proteção para um que valoriza, em primeiro lugar, o poder e recursos das pessoas mais velhas (*empowerment*). Esta mudança de paradigma implica, necessariamente, uma ênfase diferente nos procedimentos valorizados para prevenir e fazer face ao abuso e ao maltrato. Sublinhe-se a defesa de abordagens que promovem a autoestima, a informação e a formação, o treino de competências e de resolução de problemas, tais como os grupos de pares, os grupos de apoio, os grupos psicoeducativos, a formação e o aconselhamento psicológico e jurídico (Nerenberg, 2008).

Toda a medida/intervenção direcionada para aceitar o outro na sua história e condicionalismos e acreditar que, apesar destes, esta pessoa pode ainda desenvolver-se mais, atualizar as suas potencialidades, baseia-se nos pressupostos humanistas, tão bem formulados por

Rogers (1942; 1961; 1970).

Rogers (1961) colocou esta questão de forma impar: Posso encontrar-me com este outro indivíduo enquanto pessoa em processo 'de vir a ser', ou ficarei preso ao seu passado ou ao meu passado? Se, no meu encontro com ele, eu me relacionar com ele enquanto idoso rígido e limitado, criança imatura, estudante ignorante, personalidade instável, ou abusadora, cada um destes meus conceitos limita-me naquilo que eu posso ser na relação. Neste sentido, é que Buber (2008), a este propósito, propõe a expressão '*Confirming the Others'*. Confirmar significa aceitar a totalidade potencial do outro. Reconhecer as potencialidades com que aquela pessoa foi criada e, consequentemente, 'vir a ser'...

Se eu aceito o outro como algo fixo, já 'diagnosticado e classificado', já moldado pelo passado, eu estarei a fazer a minha parte em confirmar esta hipótese limitativa. Se eu o aceitar como um processo 'de se tornar', eu estarei a fazer o que posso para confirmar ou tornar reais as suas potencialidades.

Em vez de dar consideração positiva incondicional, a maioria de nós dá 'condições de valor'. Por outras palavras, amamos ou damos em função da satisfação das nossas expectativas. Quando, ao invés, amamos e damos sem qualificações ou condições, ocorre a 'aceitação positiva incondicional'. Que implica 'consideração', logo importância na relação; 'positividade', dando a tendência carinhosa e afetuosa da relação e 'incondicional' já que não depende de comportamentos específicos ou ter que ser recorrentemente conquistada.

Rogers (1951) defendeu que a qualidade da incondicionalidade, a par com a congruência e a empatia seriam imprescindíveis na construção da pessoa do amanhã (Rogers, 1980), definida como alguém mais flexível e aberta às suas experiências (não as negando ou distorcendo), mais autoconfiante nas suas tomadas de decisão, a viver mais no presente, capaz de se relacionar de forma positiva com os outros, mais integrada e sem necessidade de apresentar fachadas, mais confiante na natureza humana e a desfrutar mais plenamente a vida.

Recordar Rogers (1977) neste contexto é, embora cientes das possibilidades da crueldade e da brutalidade humana, acreditar que as pessoas, em essência, desenvolvem-se e que, sob condições adequadas, são de confiança, sociáveis e construtivas e, sendo assim, crescerão na direção da autorrealização. É então responsabilidade de todos nós criar estas condições propícias e favoráveis ao florescimento dos outros, sobretudo no nosso papel de técnicos e terapeutas 'pessoas em relação com os outros' e de nos questionarmos sobre os efeitos das nossas crenças, atitudes e comportamentos 'no devir dos demais'.

Neste sentido é que a atitude tem sido considerada mais importante do que as técnicas e os referenciais teóricos usados ou defendidos pelo terapeuta. Ou seja, a qualidade da relação que o terapeuta/clínico consegue estabelecer com o paciente tem um peso preponderante embora, outras variáveis como o *setting* terapêutico, a motivação do cliente, a solidez teórica e a formação e experiência do terapeuta sejam também importantes. Por 'qualidade da relação' queremos referir-nos à capacidade de estabelecer um bom contacto, ou seja, a

capacidade de escutar o outro – o que diz e o que quer dizer; de produzir uma ação real potenciadora de mudança no outro e de detetar aspetos sãos, ao mesmo tempo que se é capaz de confrontar o que limita o cliente na sua capacidade de progredir na direção dos seus objetivos e do seu bem-estar. A atitude do terapeuta baseia-se na empatia, na aceitação da experiência do paciente sem julgamento, no 'estar presente', e na vontade de o ajudar. Yontef (1933) a este propósito refere que o terapeuta e o cliente são duas pessoas em contacto numa relação horizontal "eu-tu" (próximas e iguais). Em que a grande diferença entre eles é o papel.

Para que a intervenção numa relação de ajuda seja eficaz Fagan e Shepherd (1971) referem, num texto já clássico mas incontornável, 5 aspetos a ter em consideração, que passamos a enunciar. O primeiro aspeto tem a ver com escutar e observar para fazer o diagnóstico ou, por outras palavras, saber onde fazer a intervenção. Compreender as pautas de conduta e esquema de funcionamento que o cliente traz para a consulta, como funciona com o mundo e com os outros. Ter, no entanto, sempre em consideração o perigo da etiqueta, que é o de fixar um prognóstico, um tipo de relação. Por outras palavras, o diagnóstico não se deve interpor na relação. O segundo aspeto refere-se ao controlo e ao poder que, na consulta, deve pertencer ao terapeuta. É ele que maneja a sessão para benefício do cliente. Os pacientes naturalmente utilizam mecanismos de manipulação para manter alguns contornos da sua situação mesmo em casos em que há ofensa profunda à dignidade da sua pessoa. Por exemplo, uma pessoa idosa

pode não querer apresentar queixa de um filho que a maltrata com receio de perder o parco afeto ou contacto que tem com ele. Aliás, uma das dificuldades em trabalhar com pessoas idosas abusadas e vulneráveis é que muitas colocam reticências na ajuda, fruto de fatores como a vergonha, lealdade familiar, medo, desconfiança. O terceiro aspeto referido por Fagan e Shepard (1971) prende-se com a formação teórica e prática sólida do terapeuta que lhe permite ser flexível nos exercícios e técnicas a utilizar e a perceber por qual técnica deve optar num determinado momento. O quarto aspeto refere-se à humanidade, à capacidade de escutar de um lugar de afeto esta pessoa que se entrega nas nossas mãos. Reconhecer também, e sobretudo quando se trata de pessoas idosas maltratadas, a importância de aplicar as técnicas de forma não abusiva, flexível, ou seja, saber recuar num procedimento ou técnica que se esteja a utilizar quando necessário e saber esperar pelo momento certo para aquele cliente. Finalmente, o último aspeto é o do compromisso de continuar a aprender. Fazer intervenção a este nível envolve-nos enquanto pessoas totais, neste sentido, estar continuamente a refinar competências que nos tornem mais capazes de estar atentos à experiência, à relação (o que esta pessoa em particular precisa para continuar o seu caminho) e não tanto ao ‘dever/ter que fazer” é fundamental.

A intervenção psicoterapêutica com pessoas idosas tem, por conseguinte, como objetivo principal, reforçar o autoapoio. Este processo constrói-se, numa primeira fase, através da aceitação e do heteroapoio (reforçando a autoestima do cliente) e, mais tarde, com

base na confrontação. Esta é importante para que o cliente se 'dê conta' de como age na sua realidade já que, na maioria das vezes, vem pedir ajuda, não para mudar, mas para aliviar sintomas ou para mudar a sua realidade. Efetivamente, muitas vezes a perspetiva dos clientes é a de que "mudem os outros" mas tal nem sempre é possível. Por outro lado, se o cliente não mudar a sua relação e a sua perspetiva sobre a situação é difícil mudar a sua realidade. Com base nesta dinâmica é que é possível ao terapeuta ajudar na resolução concreta das situações de abuso.

Este dinamismo leva à integração da emoção, pensamento e ação e desenrola-se no tempo e com a alavanca que é a relação psicoterapêutica. O psicoterapeuta/técnico a fazer intervenção em casos de abuso deve começar por dar-se conta das suas crenças em relação ao envelhecimento e às pessoas mais velhas, bem como, aos eventuais abusos de poder para o qual pode resvalar a relação de ajuda (e.g., mudar os valores dos outros). Existem aliás diversos perigos decorrentes do papel do terapeuta. Recordemos apenas aqueles com maior pertinência neste contexto, a saber, a omnipotência do terapeuta; o 'fazer em vez do cliente'; o faltar ao respeito; o usar linguagem académica...

Apesar da atualidade das perspetivas referidas para a intervenção com pessoas mais velhas autores como Knight (2004; 2006) têm vindo a propor modelos e teorias como o CALTAP (*Contextual Adult Lifespan Theory for adapting Psychotherapy*; Knight, 2006) com a finalidade de fornecer um enquadramento metateórico para guiar uma

abordagem psicoterapêutica integrada com as pessoas idosas. Nesta teoria o autor sublinha que numa intervenção com pessoas mais velhas devemos ter em consideração não apenas os fatores positivos (e.g., complexidade cognitiva e emocional) e negativos (e.g., declínio físico) do processo maturativo do sujeito, mas o seu meio sociocultural (e.g., como os valores e as crenças) e o seu contexto envolvente (e.g., se vive numa instituição ou não), a pertença a uma determinada geração (e.g., com a vivência de determinado tipo de escolaridade e normas) e os desafios da idade avançada (e.g., doença crónica). Em conjunto, estes fatores contextuais e individuais contribuem para o problema apresentado pelo cliente idoso, para as suas expectativas e o seu grau de envolvimento na psicoterapia, bem como, para as opções de mudança disponíveis. Neste sentido é que ter em consideração a interação intrincada entre a pessoa idosa e o seu meio não apenas fortalecerá a aliança terapêutica como ajudará o terapeuta na planificação, implementação e avaliação do tratamento das situações de abuso. Estas variáveis ainda são mais importantes de ter em consideração na situação complexa que é a intervenção no abuso na idade avançada.

Na primeira entrevista deparamo-nos com alguém que foi vitimizada e que não está bem. Apenas este facto - o assumir que não se está bem - já choca com os valores e amor-próprio do cliente. Consequentemente, o primeiro objetivo da intervenção é fazer com que a pessoa aceite e adira ao processo de ajuda, ou seja, confie nos técnicos. Mas que também vá mais clarificada (uma pequena

devolução de suporte/reflexo pode ajudar) e apoiada. Mas numa primeira sessão é também importante fazer uma ideia do que se passa com a pessoa para saber se é possível ajudá-la e através de que procedimentos. Temos que, por isso, explorar a situação, a motivação e o pedido, para ver se podemos ou não responder-lhe. E, por fim, no final deste encontro, fazer o contrato terapêutico (quando decorrerão as sessões, a sua duração, eventual preço, a confidencialidade...).

Nunca esquecendo, no entanto, a delicadeza que a situação nos exige. Por isso a atitude do terapeuta é tão importante, enquanto modelo e enquanto 'continente' (Bion, 1962), isto porque, nas palavras de Buber, '*All real life is encounter*' (2008).

## 2.3. Ação multidisciplinar do abuso e da negligência: avaliação

Averiguando as definições subjacentes ao abuso e negligência de pessoas idosas denota-se uma grande complexidade, quer dos termos utilizados por diferentes autores, quer da própria ocorrência do abuso (Ferreira-Alves, J., 2004; 2005). Sabe-se à partida da existência de uma pluralidade de definições e de tipologias de abuso, que encerram em si uma multicausalidade demarcada pela influência de fatores sociais, culturais, familiares e individuais, que originarão múltiplas consequências com sinais e sintomas que são muitas vezes difíceis de avaliar, tal como os próprios fatores de risco para o abuso. Reconhece-se também como por vezes poderá ser difícil determinar a ocorrência

de situações abusivas tendo em conta as situações de interdependência entre abusador e abusado, ou ainda de vergonha por parte da pessoa idosa face ao ocorrido, ou até mesmo uma dificuldade inerente em aceder à avaliação dos adultos idosos e suas famílias, pois o seu contacto com os sistemas de saúde pode permanecer bastante fugaz.

Destas considerações, emerge a noção de que prevalecerá a necessidade de uma ação conjunta e coordenada para fazer face às dificuldades inerentes à avaliação e intervenção dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas, no sentido de tentar abarcar toda a sua complexidade.

Remete-nos para a indispensabilidade da confluência de várias disciplinas, quer na área da saúde quer na área da justiça, que permitam ultrapassar a visão fragmentada até aqui prevalecente, e que reside no interesse individual de cada ciência em estudar o problema aqui abordado, para elevar o estudo dos maus-tratos e negligência a pessoas idosas a um patamar de conjugação de disciplinas que confluam para a construção de estruturas pré-determinadas para a sua avaliação e intervenção.

Caberá, assim, recorrer a uma ação multidisciplinar capaz de não só incorrer numa efetiva avaliação do abuso, como estando preparada para delinear estratégias eficazes de intervenção baseadas em cooperações entre os vários setores implicados.

Algumas questões surgem quando se pensa numa efetiva ação multidisciplinar perante o abuso e negligência de pessoas idosas. Por exemplo, que setores poderão integrar uma ação multidisciplinar, ou

seja, que disciplinas podem integrar, e quais os seus *settings* de implementação?

Pensando nestas questões, outras lhe surgem associadas, nomeadamente, como se poderá enquadrar uma ação coordenada e compreensiva com a criação de protocolos de atuação no atual sistema de saúde português? Quem coordenará este tipo de ações e qual o papel dos diferentes serviços de saúde? Que dificuldades poderão surgir perante a tentativa de implementação deste tipo de ações? Neste sentido é que Anetzberger (2005) propõe que a gestão clínica das situações de abuso deva incluir cinco etapas: deteção, avaliação, planificação, intervenção e *follow-up*.

Indagando acerca dos múltiplos setores que poderão integrar uma ação concertada, vários autores reconhecem a efetiva necessidade de se considerarem vários atores como serviços de saúde, serviços de ação social e serviços de proteção social, integrando-se profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, polícia entre outros (Brandl *et al*., 2007; AMA, 1992).

A perspetiva de atuação deste tipo de equipas terá de ter por base uma atitude de despiste como nos refere a American Medical Association (AMA) (1992). Contudo este tipo de atuação não será isenta de dificuldades, por exemplo, Killick e Taylor (2009) argumentam que os profissionais de saúde lidam com dilemas éticos complexos subjacentes às características das situações de abuso, principalmente quando existe uma resistência por parte das vítimas em participar em

avaliações multiprofissionais. Associado a este facto, os autores remetem para a dificuldade em realizar julgamentos objetivos acerca do abuso de pessoas idosas tendo em conta a complexidade familiar e fatores contextuais existentes (*idem*).

Acresce referir que este tipo de avaliação centrada numa atitude de despiste nem sempre será fácil em determinados setores de cuidados de saúde, como por exemplo os serviços de urgência, enquanto em outros setores será uma forma privilegiada, nomeadamente, como referem Galdame e González (2009) no caso específico dos cuidados domiciliários.

Acerca da utilização de uma atitude de despiste assente em protocolos de atuação ao nível de serviços de urgência, Bartholomew, Cheek e Hoyt (2010) alegam que apesar de esta ser defendida como eficaz para a avaliação do abuso, a sua utilização não tem sido muito divulgada, não só porque existem poucos protocolos estabelecidos, como também porque aquando da sua existência poucos profissionais estão alertas para a sua utilização. Desta forma, e como apelam Fulmer, Paveza, Abraham e Fairchild (2000) o abuso e negligência de pessoas idosas poderá ser avaliado através de protocolos de despiste em serviços de urgência, devendo para isso desenvolver-se e atualizar-se regularmente instrumentos adequados para o efeito (Bartholomew, Cheek & Hoyt, 2010).

Por outro lado, Sanmartin *et al*. (2001 *in* Gonçalves, 2006) referem que na impossibilidade de se utilizarem instrumentos de despiste, dado que muitas vezes não se encontram sistematizados, ou não existe a

sensibilidade para a sua utilização, a recomendação mais veiculada diz respeito ao desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde em reconhecer os sinais de alerta para situações de abuso.

A este propósito, o comité National Research Council dos EUA (2003) alega que a implementação de protocolos estruturados, apesar de se constituírem como atitude bem-intencionada, poderá acarretar custos dispendiosos e ser contraproducente caso se verifique a inexistência de um planeamento adequado. Acresce ponderar acerca do facto de que, tendo em conta que a maioria das pessoas idosas não sofre de abuso, qualquer programa de despiste em serviços de saúde deverá ser preciso, eficiente e meticuloso, porque certamente consumirá bastantes recursos e terá consequências importantes, tal como alguns *settings* de prestação de cuidados de saúde são tão complexos que será difícil discernir sobre certezas acerca da existência de situações de abuso (*idem*).

Para além destes factos, Perel-Levin (2008) amplia a noção de que é preciso uma atitude zelosa e cautelosa na aplicação do despiste, uma vez que a existência de falsos positivos podem conduzir a uma desmotivação dos profissionais que realizam despistes em pessoas idosas que realmente podem estar em risco, tal como podem fomentar a existência de tensões familiares e a perda de autonomia da pessoa idosa.

Deste modo, a investigação sobre métodos de avaliação de maus-tratos e negligência a pessoas idosas carece de melhorias que se traduzem numa evolução, principalmente ao nível da gestão de casos

suspeitos de abuso, bem como em casos confirmados. Os benefícios desta gestão de casos reportam-se não só à proteção da vítima, como também à utilização racional de recursos, e criação de serviços especializados com um desenvolvimento multidisciplinar subjacente (National Research Council, 2003).

Ainda sobre a utilização de medidas de despiste, Perel-Levin (2008) relembra a necessidade de criação de critérios para a sua implementação que incluem: deverão integrar-se as condições de saúde como fatores de risco, ou indicadores; os instrumentos a aplicar deverão ser simples, seguros e validados; o despiste deverá ser aceite pela população a inquirir; deverão ser estabelecidas *a priori* intervenções posteriores; devem existir evidências de que programas de despiste reduzam a morbilidade e a mortalidade, bem como custos relacionados com as situações de abuso; deve-se assegurar um número de profissionais suficiente; e ainda deve também existir a evidência de que os programas de despiste são aceites de um ponto de vista clínico, social e ético, quer pelos profissionais de saúde, quer pela população.

Assim, no que se refere à avaliação do abuso em pessoas idosas quer seja em cuidados de saúde primários, integrando as valências de cuidados domiciliários, ou cuidados de saúde diferenciados, abarcando serviços hospitalares variados, como internamentos e serviços de urgência, e ainda instituições de cuidados continuados e lares de pessoas idosas, esta deverá incluir a participação de todos os profissionais envolvidos no atendimento à pessoa idosa, tendo em conta uma atitude de despiste, tanto quanto possível.

Neste sentido, tal como declaram Condesso, Silva, Mateus e Nogueira (2008), será crucial reconhecer desde logo as pessoas idosas vítimas de abuso e negligência, estando atentos a sinais de alarme e procedendo à realização de um rastreio da situação. Para além disso, importa encaminhar os casos suspeitos para a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, psicólogos, autoridades policiais e judiciais), devendo o processo ser conduzido com coerência (*idem*).

De acordo com os autores caberá aos membros integrantes desta equipa: facilitar e dar apoio na exposição de queixas às instâncias judiciais, sublinhando que a violência doméstica é um crime público e que a denúncia pode ser efetuada por terceiros; documentar e validar as declarações da pessoa, comportamento e aparência, podendo os técnicos dar testemunho enquanto peritos; realizar visitas domiciliárias de surpresa; educar o adulto idoso sobre os seus direitos legais, ensinar medidas de proteção e/ou fornecer contactos de serviços de apoio no caso da ocorrência de abuso; e ainda encaminhar ou tratar o cuidador, minimizando com estas medidas os riscos de nova vitimização (*idem*).

Numa ótica de prestação de cuidados de saúde imbuída de valores de bioética que enquadram a autonomia, beneficência, justiça e não maleficência, perspetiva-se uma avaliação do abuso centrada na pessoa idosa e sua família.

Deste modo, depreendem-se variadas ações que se podem utilizar para a avaliação do abuso. De acordo com o comité National Research

Council dos EUA (2003) esta avaliação deverá seguir determinadas fases, sendo apoiada pela aplicação de instrumentos já validados, e como declara Perel-Levin (2008) terá em conta a avaliação de fatores de risco já determinados pela literatura.

Segundo o comité National Research Council dos EUA (2003) devem incluir-se as seguintes fases na avaliação do abuso e negligência a pessoas idosas, de acordo com um processo sequencial:

1 – Identificar cenários para despiste;

2 – Realizar um pré-despiste com base em informações básicas;

3 – Realizar o despiste com a utilização de instrumentos validados;

4 – Realizar uma avaliação individual de cada caso suspeito.

A **identificação de cenários para despiste** diz respeito, por exemplo, à utilização dos diferentes meios de prestação de cuidados de saúde como possíveis locais para avaliação do abuso de pessoas idosas (*idem*).

No que toca **à realização de um pré-despiste com base em informações básicas**, esta reporta-se à utilização de diferentes indicadores para diferenciar as pessoas que poderão estar em risco de situações abusivas. Assim, podem-se integrar a existência de diferentes fatores de risco conhecidos pela história da pessoa idosa e sua família, tal como as respostas a questões de rotina, como referem a American Medical Association (1992) e o comité National Research Council dos EUA (2003).

De acordo com a American Medical Association (1992 *in* Gonçalves, 2006) algumas questões de rotina que se podem realizar incluem:

- Alguém alguma vez o magoou em casa?
- Alguma vez alguém o tocou sem o seu consentimento?
- Alguma vez alguém lhe fez coisas que não queria fazer?
- Alguma vez alguém lhe retirou algo que lhe pertencia sem a sua autorização?
- Alguma vez foi repreendido ou ameaçado por alguém?
- Alguma vez assinou documentos que não compreendeu?
- Tem medo de alguém em casa?
- Está muitas vezes sozinho?
- Alguma vez alguém falhou nos seus cuidados quando necessitou de ajuda?

Na perspetiva de Bartholomew, Cheek e Hoyt (2010) alguns dos fatores de risco a ter em consideração englobam:

- Idade avançada da pessoa idosa (mais de 80 anos);
- Diminuição física ou mental de uma pessoa idosa dependente;
- Demência;
- Incontinência;
- Alcoolismo ou abuso de drogas por parte da pessoa idosa e/ou por parte do seu cuidador;
- História transgeracional de abuso;
- Qualidade da relação anterior entre o idoso e o perpetrador;
- Patologia psiquiátrica do cuidador;
- Problemas financeiros do cuidador;
- Falta de apoio social, tal como recursos da comunidade e suporte do cuidador;

• Falta de conhecimentos do cuidador em relação à condição e necessidades da pessoa idosa.

Para além disso, alguns sinais de alerta de abuso de adultos idosos incluem (Levine, 2003 *in* Gonçalves, 2006):

• Atraso entre a lesão/doença e a procura de cuidados médicos;

• Disparidade nas explicações de pessoas idosas e perpetradores suspeitos;

• Explicação de lesão não plausível ou inadequada;

• Dados laboratoriais divergentes com a história relatada;

• Hematomas, fraturas, lacerações, ou abrasões não explicadas;

• Nutrição e/ou higiene negligenciadas, incluindo higiene oral precária;

• Apatia, depressão ou agravamento de demência;

• Lesões com diferentes estádios de cicatrização;

• Úlceras de pressão;

• Fraca adesão ao regime terapêutico;

• Perda de peso, má nutrição e carências vitamínicas.

Yafee, Wolfson & Lithwick (2009), apresentam um conjunto de perguntas testadas junto de médicos, enfermeiros e trabalhadores sociais com experiência na deteção, avaliação e acompanhamento de pessoas idosas abusadas, que podem ser usadas pelos clínicos gerais ou médicos de saúde familiar para fazerem o despiste do abuso. Não obstante várias diferenças de perspetiva e de estratégia no despiste, os autores deram conta que eles valorizavam as mesmas primeiras cinco

perguntas, não necessariamente pela mesma ordem, como sendo vitais e práticas para uso do médico de saúde geral. Essas perguntas são as seguintes (portanto, concordavam que o conteúdo que abordavam era relevante para um despiste) (ibidem, p.654):

a) Alguém a/o tocou de uma maneira que não gostou, ou a/o magoou fisicamente ou fez abordagens sexuais indesejadas num grau que realmente a/o aborreceu?

b) Alguém próxima/o de si berrou consigo injustamente ou falou para si de uma forma que não gostou ou fê-la/o sentir triste, envergonhada/o, com medo, ansiosa/o ou infeliz de uma forma que a/o deixou infeliz por um longo tempo?

c) Há alguém em quem confiaria que usou ou tentou usar o seu dinheiro, posses ou propriedade de uma forma que não quis ou a/o forçou a assinar documentos que não compreendia ou não queria assinar?

d) Alguém a/o impediu de ter coisas necessárias tais como comida, medicação, roupa, espaço adequado para viver ou auxiliares de saúde como óculos, auxiliares auditivos, etc?

e) Depende a maior parte do tempo de alguém que a/o ajude nas suas necessidades básicas diárias?

Estas questões parecem deixar de lado a dinâmica do abuso, isto é, o papel recíproco de ambos os elementos da díade. Parecem, assim, ser dirigidas a pessoas idosas sem qualquer distúrbio da personalidade ou limitação cognitiva e com um grau de sinceridade e honestidade a toda a prova e supostamente a eliciar ocorrências em que é de todo muito

claro que há uma perturbação do comportamento atribuível a um perpetrador. Dados estes argumentos é de toda a importância e vantagem o estabelecimento de uma diferença de grau muito significativo entre a realização de um despiste e a realização de uma avaliação comportamental e desenvolvimental tanto da vítima como do perpetrador.

Relativamente à **realização do despiste com a utilização de instrumentos validados**, considera-se a utilização de variados instrumentos de despiste perante a pessoa idosa e sua família, que podem transmitir indicadores importantes de abuso, quer sejam observáveis ou autorreportados (National Research Council, 2003).

De acordo com o comité National Research Council dos EUA (2003), colocam-se vários desafios a este despiste, nomeadamente o facto de que as situações de maus-tratos e abuso de pessoas idosas poderem ocorrer isoladamente, ou então estarem relacionadas com situações crónicas, e manifestações subtis. Para os autores é necessário considerar que algumas manifestações do abuso são dúbias, por exemplo, como diferenciar cuidados inadequados de negligência intencional? Ou como distinguir se as fraturas ou equimoses são decorrentes de situações abusivas, ou de situações de fragilidade que podem acontecer durante o processo de doença na idade adulta avançada? (*idem*).

Para determinar se uma suspeita de abuso diz respeito a uma situação concreta e confirmada será necessário muito mais do que um simples juízo. A confirmação do abuso remete-nos para uma elaboração

fundamentada acerca da vivência de uma pessoa idosa, envolvendo muitas vezes também a sua família e processos transgeracionais de socialização e convivência.

Desta forma, impõe-se **realizar uma avaliação individual de cada caso suspeito** como refere o comité National Research Council dos EUA (2003), para que com a cooperação de várias disciplinas referentes à medicina, enfermagem, psicologia, assistência social e assistência legal e judiciária, se consiga chegar a um consenso referente à existência de abuso de pessoas idosas, e proporcionar a melhor intervenção possível para a pessoa em causa, bem como para a sua família.

A equipa multidisciplinar poderá especular sobre a existência de algum tipo de abuso, avaliando-se de acordo com o comité nacional de abuso de pessoas idosas nos EUA (National Center on Elder Abuse, 1998 *in* Ferreira-Alves, 2005), a existência de:

- **Abuso físico:** uso não acidental da força física, que pode resultar em ferimentos corporais; punição física; sub ou sobremedicação;
- **Abuso sexual:** contacto sexual não consensualizado;
- **Abuso emocional ou psicológico:** inflação de angústia, dor ou aflição por meios verbais ou não verbais; humilhação, infantilização ou ameaças;
- **Exploração material ou financeira:** uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens da pessoa idosa;
- **Abandono:** a deserção por parte de um indivíduo que tinha a custódia física de uma pessoa idosa, ou que tinha assumido a

responsabilidade de lhe prestar cuidados;

·**Negligência:** recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com a pessoa idosa;

·**Autonegligência:** comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde e segurança (excluindo situações de pessoas mentalmente capazes).

Será assim necessário, de acordo com a American Medical Association (1992), avaliar determinadas variáveis que poderão beneficiar a apreciação de cada caso suspeito de abuso, e que abrangem a avaliação:

·**Da segurança da pessoa idosa**: perceber se a pessoa idosa incorre em algum perigo imediato, considerando a possibilidade de hospitalização; indagar se a pessoa idosa percebe os riscos e consequências envolvidas; questionar que ações se podem tomar para aumentar a segurança em situações não emergentes;

·**Do acesso a informações**: compreender se existem barreiras que limitem ou impeçam o acesso a futuras avaliações, devendo ser criadas relações com uma pessoa importante para a pessoa idosa no sentido de facilitar outras informações;

·**Do estado cognitivo**: perceber se a pessoa idosa apresenta alguma diminuição cognitiva, como demência, aplicando por exemplo um teste que determine as capacidades cognitivas e assim averiguar a validade das suas respostas;

·**Do estado emocional**: averiguar se existem sinais e sintomas de depressão, ansiedade, medo ou revolta e de que forma estas

influenciam a sua perceção acerca do abuso;

·**Da saúde e estado funcional**: questionar acerca dos problemas de saúde existentes, e se o abuso foi a sua causa, ou se os exacerbou, realizando um exame físico. Determinar se a pessoa idosa necessita de ajuda para as atividades de vida diária, e quem providencia a ajuda, e ainda se a pessoa idosa tem capacidades para se proteger;

·**Dos recursos financeiros e sociais**: averiguar o suporte social e a suficiência dos seus meios de subsistência;

·**Da frequência, severidade e intenção de determinada ação**: perceber se o abuso aumentou em severidade e frequência ao longo do tempo; questionar se existe algum motivo despoletador do abuso.

Acerca do exame físico anteriormente referido, Bartholomew, Cheek e Hoyt (2010) referem a necessidade de englobar uma atenção específica ao abuso físico e negligência, abuso sexual e ainda o abuso psicológico associado com negligência. Desta forma, segundo os autores é crucial observar a pessoa idosa tendo em conta algumas circunstâncias, entre as quais:

**Abuso físico e negligência**

- Padrão de lesões (marcas de imobilizadores de punho, chapadas, equimoses devido a digitopressão ou provocadas por objetos);
- Equimoses em zonas do corpo não correspondentes a proeminências ósseas, e em vários estádios de cicatrização;
- Queimaduras (cigarros, água);

• Fraturas ósseas em espiral ou oblíquas sem explicação plausível;
• Demora em procura de tratamento;
• Apresentar um consumo de cuidados de saúde variado e múltiplo;
• Hematomas subdurais (por violência de abano);
• Desidratação, caquexia, e desequilíbrios eletrolíticos;
• Níveis terapêuticos tóxicos ou sub-medicação;
• Presença de drogas;
• Higiene deficitária;
• Falta de óculos, próteses dentárias, auxiliares de marcha, entre outros;
• Falta de condições na habitação (esgotos, aquecimento, entre outros).

**Abuso sexual**

• Feridas em genitais e mamas;
• Equimoses em parte interna das coxas;
• Presença de doenças sexualmente transmissíveis;
• Hemorragia genital ou anal sem explicação;
• Dor e desconforto em exame pélvico ou retal;
• Mudanças de comportamento, medo, depressão;
• Medo de pessoas do mesmo sexo do agressor.

**Abuso psicológico e negligência**

- Contacto ocular pobre;
- Gesto de retirada evidenciando medo;
- Não comunicação;
- Paranoia
- Medo e apreensão;
- Movimentos involuntários;
- Diminuição do apetite;
- Alteração dos padrões do sono;
- Medo do cuidador;
- Cuidador insiste em estar permanentemente com a pessoa idosa.

Como se pode observar são muitos os indicadores físicos relacionados com algumas das tipologias do abuso consideradas pelos autores, e por vezes bastante vagos e inespecíficos se retirados do contexto. Desta forma, o julgamento acerca da existência de abuso deverá ser bem fundamentado e relacionado com múltiplas variáveis, fomentando-se a observação multidisciplinar.

No caso específico do abuso financeiro, Brandl *et al*. (2007) referem que pelas suas características singulares, é de difícil avaliação pelos profissionais de saúde em ambiente hospitalar, remetendo-se principalmente à avaliação de assistência social.

Com o intuito de sistematizar uma ação ao nível dos cuidados de saúde, e tendo em conta as fases de avaliação delineadas pelo comité

National Research Council (2003), o National Guideline Clearinghouse dos EUA (2006) propõe uma atuação para avaliação do abuso de pessoas idosas que integra os seguintes passos:

1- Avaliação cognitiva, como o Mini-Mental State Examination (MMSE), por exemplo;
2- Despiste breve com questões como "Como estão as coisas em casa?", "Sente-se seguro em casa?"
3- Avaliação do risco utilizando os instrumentos disponíveis:
   · Indicators of Abuse Screen (IOA)
   · Index of Spouse Abuse
   · Partner Violence Screen (PVS)
   · Two Question Abuse Screen
   · Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)
   · Risk of Abuse Tool
   · Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)
   · Suspected Abuse Tool
4- Questionar acerca de situações de abuso atuais utilizando como instrumentos:
   · Health, Attitudes Toward Aging, Living Arrangements, and Finances (HALF)
   · Elder Assessment Instruments (EAI)
   · Actual Abuse Tool
   · Questions to Elicit Elder Abuse;
5- Avaliação da história clínica e exame físico;
6- Entrevistar as pessoas significativas da pessoa idosa;
7- Referir a suspeita de abuso às autoridades competentes;

8- Implementar intervenções.

Pelo exposto, compreende-se que será necessário continuar a pesquisa no que toca aos métodos de avaliação da pessoa idosa no sentido de tentar evidenciar a existência de sinais e sintomas de abuso.

Como argumenta Perel-Levin (2008), é vital incluir uma avaliação compreensiva e global do contexto bio-psico-social do abuso de pessoas idosas, para melhorar e tornar mais eficazes os instrumentos de avaliação ou despiste. Assim, a autora concebe que um instrumento preciso deverá reunir os contributos da colaboração de várias disciplinas (*idem*).

No sentido de tentar concertar uma ação multidisciplinar para que se consiga abarcar toda a complexidade da ocorrência do abuso de pessoas idosas, a OMS (2008) salienta que é bastante importante a partilha de informações entre os profissionais, não só para o reconhecimento de suspeitas como também para a avaliação de casos individuais. Neste sentido, como alega Perel-Levin (2008), esta partilha de informação terá de salvaguardar os princípios éticos da pessoa idosa em questão, bem como da sua família, e ainda a linguagem terá de ser adaptada à compreensão de todas as disciplinas intervenientes.

Por outro lado, um facto positivo na cooperação de uma equipa multidisciplinar será reconhecer as limitações e as forças inerentes de cada disciplina, numa lógica de partilha de responsabilidades (*idem*).

Caso esta comunicação e participação conjunta não consiga ser eficaz,

poderá constituir-se como uma limitação e barreira à participação dos profissionais em processos de avaliação do abuso de pessoas idosas. Para além disso, Swagerty e Evans (1999 *in* Gonçalves, 2006) declaram a existência de outros obstáculos ao diagnóstico e notificação do abuso por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente: escassez ou ausência de treino no reconhecimento de situações abusivas; atitudes desfavoráveis face aos idosos e envelhecimento; pouca literatura; relutância em atribuir sinais de maus-tratos; isolamento das vítimas (não existem contactos sistemáticos com cuidados de saúde); apresentação clínica subtil (complexidade dos sinais e sintomas de abuso); receios de confrontos com o agressor; receio em notificar o abuso quando ainda só se apresenta como suspeita; pedido por parte da vítima para não existir denúncia; falta de conhecimento acerca do correto procedimento para relatar situações de abuso; e ainda receios de colocar em risco a relação com os cuidados de saúde.

Tendo em conta que é, no contexto dos cuidados de saúde, que a generalidade das pessoas idosas está mais exposta, e sendo a avaliação uma etapa tão importante da gestão clínica do abuso, recai sobre os profissionais de saúde uma grande responsabilidade nesta fase, de forma a contribuir para a promoção do seu bem-estar.

Será através da adoção de uma atitude de constante questionamento, tal como do conhecimento de fatores de risco e sinais e sintomas de abuso, que se conseguirá ter em conta a complexidade da avaliação do abuso.

Paralelamente, integrar o trabalho numa equipa multidisciplinar fomentará intervenções cooperantes e mais eficazes no sentido de ajudar a pessoa idosa em risco, ou vítima, de maus-tratos e negligência.

## 2.4. Referências Bibliográficas

American Medical Association (1992). Diagnostic and Treatment – *Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. Washington: American Medical Association.

Anetzberger, G. J. (2005) Clinical Management of Elder Abuse: General Considerations. *Clinical Gerontologist*, 28: 1, 27-41.

Bartholomew, M. R., Cheek, J. & Hoyt, J. (2010). Elder Abuse and Neglect. In R. J. Riviello (Ed.), *Manual of Forensic Emergency Medicine – A Guide for Clinicians*, 165-170.

Bion, W. R. (1962/1983). *Learning from Experience*. New York, Jason Aronson.

Brandl, B. *et al*. (2007). *Elder Abuse Detection and Intervention – A Collaborative Approach*. New York: Springer Publishing Company.

Buber, M. (2008). *I and Thou*. Amazon. USA.

Condesso, D., Silva, C., Mateus, M. A. & Nogueira, O. (2008). Abuso e negligência no idoso. *Anamnesis*, vol.17, nº172, 4-7.

Fagan, J. & Shepherd, I. L. (1971). *Gestalt Therapy Now: Theory, Techniques, Applications*. USA.

Ferreira-Alves, J. (2005). Abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense de maus-tratos. In R. Abrunhosa Gonçalves & Carla Machado (Eds). *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça*. Coimbra Editora n.º espc.133-151.

Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I. & Fairchild, S (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*,

26, 5, 436-443.

Galdame, M. & González, Z. (2009). La visita domiciliaria como una herramienta para laDetección de la violencia hacia el adulto mayor. *Enfermeria Global*, nº17.

Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 739-745.

Killick, C. & Taylor, B. J. (2011). Professional Decision Making on Elder Abuse: Systematic Narrative Review. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, vol. 21, issue 3, 211-238.

Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with Older Adults*. LA. SAGE.

Knight, B. G. & Poon, C. Y. M. (2008). Contextual adult Life Span for adapting Psychotherapy with older adults. *J Rat-Emo Cognitive- Behav Ther*. 26: 232-249.

Krueger, P. & Patterson, C. (1997). Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 8: 1095-1100.

National Guideline Clearinghouse (2006). *Elder Abuse Prevention*. University of Iowa: National Guideline Clearinghouse. Consultado em Abril 2009, http://www.guideline.gov.

National Research Council (2003). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington: The National Academies Press.

Nerenberg, L. (2008). *Elder Abuse and prevention: Emerging trends and promising strategies*. Springer. New York.

OMS (2008). *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report*. Geneve: OMS. Consultado em Abril 2011, http://www.who.int/en.

Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Geneve: OMS. Consultado em Março 2009, http://www.who.int/en.

Rogers, Carl. (1942). Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice.

Rogers, Carl. (1951). Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. London: Constable. ISBN 1-84119-840-4.

Rogers, Carl. (1961). On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable. ISBN 1-84529-057-7.Excerpts.

Rogers, Carl. (1970). On Encounter Groups. New York: Harrow Books, Harper and Row, ISBN 006-087045-1.

Rogers, Carl. (1977). On Personal Power: Inner Strength and Its Revolutionary Impact.

Rogers, Carl. (1980). A Way of Being. Boston: Houghton Mifflin

Yafee, M., Wolfson, C., & Lithwick (2009), Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6): 646–654.

Yontef, G. (1933). *Awareness, Dialogue, and Process*. The Gestalt Journal Press. USA.

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM REDE 2009- 2012

# MANUAL SARAR

Sinalizar, Apoiar, Registar, Avaliar, Referenciar


## AUTORES

### RESPONSÁVEL TÉCNICO CIENTÍFICO DO PIR

João Redondo

### EQUIPA DO PIR

Inês Pimentel
Ana Correia
Henrique Vicente

### COLABORAÇÕES

Anabela Fazendeiro
Beatriz Pena
Conceição Matias
José Ferreira-Alves
Isabel Marques Alberto
Margarida Pedroso de Lima
Rosário Lemos
Odete Bogalho



HSC - CHUC